

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 juin 1895, à 1 heure

Par PAUL VASSAL

Né à Sainte-Sigolène (Haute-Loire), le 11 septembre 1866

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONSIDÉRATIONS SUR LA CURE RADICALE

DE LA

HERNIE INGUINALE

CHEZ LA FEMME

Particulièrement chez la petite fille

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
HUMBERT, ALBARRAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 juin 1895, à 1 heure

Par PAUL VASSAL

Né à Sainte-Sigolène (Haute-Loire), le 11 septembre 1866

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONSIDÉRATIONS SUR LA CURE RADICALE

DE LA

HERNIE INGUINALE

CHEZ LA FEMME

Particulièrement chez la petite fille

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. | LE DENTU, professeur.
| HUMBERT, ALBARRAN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Poyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA CHÈRE SŒUR

A MA CHÈRE MÈRE

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien de l'hôpital Necker
Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

CONSIDÉRATIONS SUR LA CURE RADICALE
DE LA
HERNIE INGUINALE
CHEZ LA FEMME

PARTICULIÈREMENT CHEZ LA PETITE FILLE

INTRODUCTION

Pendant notre séjour à l'hôpital Trousseau, dans le service du professeur Lannelongue, suppléé par M. Broca, nous avons eu plusieurs fois l'occasion de voir opérer des hernies inguinales chez la petite fille, et nous avons été frappé de la simplicité de l'acte opératoire.

M. Broca nous a conseillé d'en faire le sujet de notre thèse, et il a bien voulu nous remettre les observations de 41 malades qu'il a opérées lui-même. Nous l'en remercions

vivement et lui sommes reconnaissant des notions nettes qu'il nous a données sur la chirurgie infantile.

Au début de nos études nous avons eu le bonheur d'être initié à la clinique par des maîtres, tels que MM. Tillaux, Hanot et Potain.

Plus tard, comme externe, nous avons eu pour chefs MM. les D^{rs} Variot, Tennesson, Talamon, Marchand et Moizard, à qui nous sommes redevable des notions que nous possédons, sur les maladies cutanées, la pédiatrie, la chirurgie et la médecine en général.

Nous n'oublions pas que c'est dans le service de M. Budin et du professeur Pinard, que nous avons pu apprendre un peu la science des accouchements.

A tous ces maîtres, nous gardons une profonde reconnaissance.

Nous avons eu la bonne fortune, pendant notre dernière année d'études, d'assister aux remarquables leçons de clinique du professeur Guyon et de séjourner quelque temps dans son service. Il a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse : qu'il reçoive l'hommage de notre profonde gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie.

La hernie inguinale chez la femme, et surtout chez la petite fille, étant presque toujours d'origine congénitale, il nous semble utile de rappeler au début de cette modeste étude quelques notions d'anatomie et de développement concernant la région du canal inguinal.

On sait qu'à l'origine, chez l'embryon, la glande génitale apparaît à la face interne du corps de Wolf, des deux côtés des vertèbres lombaires. Cette glande, qui deviendra ovaire ou testicule, suivant l'évolution de l'épithélium germinatif qui la recouvre, ne tarde pas à opérer sa migration vers le bassin. Le ligament inguinal du corps de Wolf devient le ligament inguinal de la glande génitale, autrement dit le gubernaculum, et s'engage dans le canal inguinal, aussi bien chez le mâle que chez la femelle. Il entraîne à sa suite un diverticulum péritonéal, qui sera chez l'un le canal vagino-péritonéal, chez l'autre le canal de Nück. Le développement de ces processus péritonéaux

semble bien contemporain de la descente du gubernaculum et précède, par conséquent, la migration de la glande génitale. C'est au moins l'opinion la plus généralement admise aujourd'hui, et elle repose sur de nombreuses constatations anatomiques. Cloquet, Tuffier, A. Broca, ont vu le *gubernaculum testis* accompagné jusqu'au fond du scrotum par une vaginale préformée, alors que le testicule n'avait pas encore opéré sa descente. Un autre argument en faveur de cette théorie nous est fourni par l'observation de ce qui se passe chez la femme. L'ovaire est, en effet, comparable, au point de vue de la migration, à un testicule en ectopie abdominale. Sauf les cas exceptionnels, où on l'a vu descendre jusqu'à la région inguinale et faire hernie dans la grande lèvre, il ne dépasse pas ordinairement la cavité du bassin. Ce n'est donc pas lui qui entraîne le péritoine, mais bien le gubernaculum qui ultérieurement deviendra le ligament rond. Il est vrai que l'existence du canal de Nüch a été contestée. M. le professeur Duplay écrivait en 1865 dans sa thèse de doctorat (*Sur les collections séreuses et hydatiques de l'aîne*): « J'ai examiné 21 fœtus à différents âges, depuis 4 à 5 mois jusqu'au moment de la naissance, et je dois avouer que je n'ai pas rencontré une seule fois le moindre vestige du prétendu canal de Nüch... et ailleurs : « le péritoine en se portant des parois abdominales sur le ligament rond, forme un double pli semi-lunaire dont les bords libres concaves et plus ou moins saillants limitent en dehors du ligament rond une dépression ou une fossette dont la profondeur varie.

Lorsqu'on vient à exercer des tractions sur la paroi

abdominale, on voit cette fossette se prononcer davantage et simuler chez certains sujets l'ouverture d'un véritable canal..... et plus loin, il conclut : « Je serais donc tenté d'admettre que l'erreur des anatomistes qui ont admis le canal de Nuck et qui prétendent l'avoir vu, provient de ce qu'ils l'ont produit artificiellement, ou bien de ce qu'ils ont eu affaire à des sacs herniaires. »

En 1886, Beurnier, dans sa thèse, se ralliait à l'opinion du maître. Cependant la majorité des anatomistes français et étrangers admettaient l'existence du canal de Nuck ; Richet, Sappey, Tillaux, pour ne citer que nos classiques français.

Les travaux récents de Zuckerkandl, Féré, H. Sachs, et surtout les dissections de A. Broca, semblent avoir bien établi ce point d'anatomie, et M. le professeur Duplay n'a d'ailleurs pas hésité à se rendre à l'évidence des préparations de M. A. Broca.

Chez le fœtus, le canal de Nuck accompagne donc le ligament rond dans le trajet inguinal, comme le canal vagino-péritonéal suit le cordon. Comme lui aussi, il subit un travail d'oblitération, qui, commencé du sixième au septième mois de la vie intra-utérine, est ordinairement achevé à la naissance. Mais de même qu'on observe la persistance du conduit péritonéal chez l'homme, de même chez la femme il n'est pas très rare de constater la perméabilité de l'invagination de la séreuse après la naissance.

Cruveilhier déclare l'avoir rencontrée assez souvent dans les autopsies de femmes âgées, qu'il a pu faire à la Salpêtrière, Hugo-Sachs donne des chiffres élevés, 38

fois sur 150 autopsies. Zuckerkandl, sur des enfants de 1 à 12 ans, l'a rencontré avec une proportion de 21 0/0. Camper l'a trouvé 7 fois sur 34, dont 4 à droite et 3 à gauche. Féré 9 uni ou bilatérales sur 49 filles de moins de 1 mois. Testut sur 14 sujets de 20 à 60 ans, ne l'a observée qu'une fois bilatérale, avec pointe de hernie du côté droit. Un fait d'observation courante, est que le canal de Nüch, comme le canal vagino-péritonéal, reste plus souvent béant à droite qu'à gauche, ce qui cadre bien avec la plus grande fréquence de la hernie inguinale du même côté. Et ici encore, comme chez l'homme, on peut observer tous les degrés, depuis la perméabilité totale, le canal atteignant la grande lèvre, jusqu'à la simple dépression ou fossette qui servira d'amorce à la hernie : entre ces deux extrêmes tous les intermédiaires. Les rétrécissements que Ramonède a décrits au canal vagino-péritonéal au niveau des anneaux naturels peuvent également exister chez la femme, cloisonner le canal en autant de loges, d'où la formation des kystes, dits du canal de Nüch. Leur pathogénie nous fait assez voir qu'ils seront ordinairement, sinon toujours, surmontés d'une pointe de hernie et qu'ils pourront, par suite, être susceptibles de la cure radicale.

Enfin il existerait à l'entrée du canal de Nüch une valvule analogue à celle que Ramonède a décrite au canal vagino-péritonéal. M. Broca dit l'avoir nettement constatée chez la petite fille, située derrière la paroi inguinale, formant un vestibule retro-pariétal qui expliquerait la hernie pro-péritonéale de la femme.

On nous pardonnera ces quelques détails d'embryogé-

nie ; seuls ils peuvent nous donner une idée claire de la pathogénie de la hernie inguinale, de ses rapports anatomiques et de ses analogies dans les deux sexes.

Nous insisterons moins sur l'anatomie du trajet inguinal. Le canal inguinal est en effet normalement chez la femme ce qu'il est chez l'homme sauf quelques légères différences dans les dimensions. C'est ainsi que la largeur est moins considérable ; il y a la différence du cordon au ligament rond : la longueur moyenne serait de 40 millimètres chez l'homme, de 44 millimètres chez la femme. L'orifice superficiel, improprement appelé anneau inguinal externe avec ses deux piliers supéro-interne et inféro-externe, répond par sa limite inférieure à la surface osseuse qui relie l'épine pubienne à l'angle du pubis. L'orifice profond ou sous-péritonéal fermé, normalement par l'adhérence du *fascia transversalis* au ligament rond, est situé à environ 15 millimètres au dessus de l'arcade de Fallope d'après le professeur Tillaux ; son centre est un peu en dedans du milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine du pubis. Une légère dépression du péritoine à ce niveau, constitue ce qu'on appelle la fossette inguinale externe. Elle est bordée en dedans par l'artère épigastrique qui la sépare de la fossette moyenne. On sait que c'est par ces deux fossettes que se font la plupart des hernies inguinales. Au niveau de la première, la hernie oblique externe, presque toujours congénitale ; au niveau de la seconde, la hernie directe, la véritable hernie acquise, variété fréquente, ainsi que l'avait reconnu Cloquet, peut être même la plus fréquente des hernies acquises ; ainsi que

semblent l'avoir démontré les dissections de M. Broca. C'est qu'il existe là, entre l'artère épigastrique et le cordon fibreux de l'artère ombilicale, un véritable point faible de la paroi abdominale où le péritoine est doublé par le seul *fascia transversalis*. La fossette interne ou vésico-pubienne a moins d'importance.

Rien de spécial à noter sur les bords du canal inguinal, ainsi que sur ses parois ; l'antérieure, constituée d'avant en arrière par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique et les bords inférieurs des muscles petit oblique et transverse.

La postérieure, décrite jusqu'ici par les classiques comme uniquement constituée par le *fascia transversalis*, à laquelle les auteurs anglais ajoutent ce qu'ils appellent le tendon conjoint. Ce dernier serait constitué par les fibres tendineuses inférieures des muscles petit oblique et transverse unis ensemble et contournant en arcade le bord externe du grand droit pour aller s'insérer depuis l'angle du pubis jusqu'à une certaine distance sur la crête pectinée. Nous renvoyons pour plus de détails à la thèse de Blaise (Paris, 1894), et surtout au remarquable art. *aïne* du professeur Guyon (*in Dict. encyclop. des sc. médicales*) auquel nous faisons de larges emprunts.

Le ligament rond remplit normalement le canal inguinal, envoyant sur son pourtour quelques expansions fibreuses pour aller finalement s'insérer au pubis et à la grande lèvre. Comme le cordon, il est contenu dans un manchon fibreux très mince, la fibreuse commune, émanation du *fascia transversalis* pour les uns, continuation directe du *fascia propria* pour M. Broca. D'après cet

auteur, il y a même là un moyen de reconnaître la hernie congénitale de la hernie acquise, cette dernière seule se coiffant du *fascia transversalis* tandis que la hernie congénitale glisse sous la fibreuse commune, provenant du tissu sous-péritonéal. Au-dessus de ce manchon fibreux, le ligament rond est recouvert par quelques fibres musculaires striées, issues en grande partie du petit oblique et du transverse et qui sont l'homologue du crémaster chez l'homme. Pour ce qui est de sa structure, il se compose essentiellement de fibres musculaires lisses qui se confondent à leur origine avec celles de l'utérus ; dans l'intervalle, du tissu conjonctif, quelques fibres élastiques et des vaisseaux de peu d'importance. Il faut savoir cependant que les veines, issues des plexus utérins, peuvent acquérir pendant la grossesse un développement assez considérable et servir de voie dérivative à la circulation de retour.

Si nous donnons ces quelques détails, qui semblent hors sujet, sur la structure du ligament rond, c'est que nous voulons esquisser en quelques mots son prétendu rôle physiologique dans la statique utérine. C'est afin de montrer qu'il n'y a pas d'inconvénient à le sectionner et à le lier avec le sac dans la cure radicale de la hernie inguinale.

L'utérus, à l'état normal, est un organe en équilibre instable, dont la direction varie suivant l'état de vacuité ou de plénitude des viscères qui l'entourent et le surmontent ; la vessie, le rectum et l'intestin. Cruveilhier avait déjà été frappé de ce fait et il écrivait : « Le peu de tension et l'extensibilité des liens de l'utérus lui permettent

de flotter, pour ainsi dire, dans la cavité du bassin et de se mouvoir plus ou moins. La facilité avec laquelle il peut être amené vers la vulve dans certaines opérations chirurgicales et le déplacement qu'il subit durant la grossesse, où, on le voit s'élever dans l'abdomen, prouvent sa grande mobilité ». Alexander leur attribue un rôle insignifiant à l'état normal et Beurnier dans sa thèse (Paris, 1886) exprime à peu près la même opinion. Dans un ouvrage récent M. le professeur Testut écrit : « Quant aux ligaments ronds nous savons qu'ils sont toujours incomplètement tendus et qu'ils jouissent, du reste, d'une grande extensibilité ; de l'aveu de tous ils méritent assez mal, le nom qu'on leur donne et en tous cas ils ne sauraient gêner le corps utérin dans ses déplacements antérieur et postérieur ».

Si leur rôle physiologique est si contesté, peuvent-ils au moins servir dans la correction du prolapsus et des déviations utérines. Nous nous contenterons de citer l'opinion du professeur Berger dans sa leçon inaugurale à la Pitié (*Rev. Scient.*, 20 avr. 1895) : « Combien, dans ces dernières années, avons-nous vu d'opérations qui ont excité la curiosité, l'intérêt, l'enthousiasme, qui depuis lors ont été abandonnées, ou qui ont vu leurs applications se restreindre à un nombre infime de cas. Veut-on des exemples : la thyroïdectomie... l'opération d'Alexander... »

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Nous exposerons, dans ce chapitre, les principales variétés que le chirurgien peut rencontrer dans le contenant, le contenu et les rapports de la hernie inguinale chez la femme.

1^o *Sac*. — On peut observer, comme chez l'homme, les différentes phases de développement, depuis la pointe de hernie jusqu'à la hernie interstitielle et au bubonocèle; à un degré de plus la hernie peut descendre dans la grande lèvre et atteindre quelquefois un volume considérable.

Ce qu'on observe le plus souvent, dans la hernie congénitale, qui doit surtout nous occuper, c'est un sac funiculaire accolé au ligament rond. M. Championnière les déclare absolument inséparables: pour lui, le ligament rond prolonge en quelque sorte le sac jusque dans la grande lèvre.

M. le professeur Berger, au contraire, tout en reconnaissant l'adhérence de la séreuse au ligament rond,

estime que la séparation est toujours possible et ne présente pas plus de difficultés que lorsqu'il s'agit de la hernie congénitale chez l'homme; c'est ce que nous avons pu constater sur plusieurs pièces provenant de cures radicales, dans lesquelles ligament rond et sac avaient été réséqués en masse, sans dissection préalable.

Quoiqu'il en soit, le fait en lui-même a bien peu d'importance puisque, comme nous le verrons, on peut sans inconvénient se passer de cette dissection.

Il n'est pas très rare de rencontrer le long du canal péritonéal, chez la femme, des rétrécissements de forme diverse pouvant donner lieu à des formations kystiques qui affectent avec la hernie des rapports intéressants.

1° Les uns se font dans le sens transversal, analogues à ceux que Ramonède a décrits, au niveau des anneaux naturels, dans le canal vagino-péritonéal; il en résulte la forme classique, depuis Cloquet, du kyste du canal de Nück immédiatement sous-jacent à la hernie; nous citons comme exemples, les deux observations communiquées par M. Berger à la Société de chirurgie 1891. « On constate, dit-il, l'existence d'un sac pourvu d'une enveloppe formée par des fibres musculaires lisses, sac très vasculaire, adhérent à un kyste contigu à son fond, kyste dont les parois se combinent avec celle du sac, dont le revêtement interne présente le même aspect, dont la cavité ne renferme presque pas de liquide ».

Notre observation trente-sept répond à cette variété. A cette disposition s'ajoute quelquefois un lambeau séreux, en forme de sac, qui s'insère au bord postérieur du diaphragme valvulaire.

2° Que le kyste soit volumineux et que la hernie vienne s'invaginer dans sa cavité et nous aurons la hernie enkystée de la grande lèvre, analogue à la hernie enkystée de la tunique vaginale. L'observation suivante, dont nous donnons un court résumé, en est un bel exemple et en fera bien comprendre la disposition (Sur une variété nouvelle de hernie inguinale congénitale chez la femme, hernie enkystée de la grande lèvre, Berger. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1892). On incise un premier sac et on arrive dans une cavité qui ne contient pas de liquide mais une saillie ressemblant, au premier abord, à une anse intestinale ; mais bientôt on constate que cette cavité ne communique nulle part avec la cavité péritonéale, qu'elle se termine en cul-de-sac, au niveau de l'anneau inguinal profond et se réfléchit sur la bosselure intérieure, qui n'est autre qu'un deuxième sac laissant voir l'épiploon par transparence ; c'est le véritable sac herniaire qui fait saillie dans la cavité séreuse que l'on vient d'ouvrir et qui n'est qu'un kyste de la grande lèvre.

La même année, M. Terrillon communiquait, également à la Société de chirurgie, deux observations analogues. Dans la première, une anse intestinale, recouverte d'épiploon et de son sac, descendait dans un kyste de la grande lèvre rempli de liquide. Dans la deuxième, chez une femme qui présentait des phénomènes d'étranglement, on trouva à l'opération une volumineuse tumeur kystique de la grande lèvre, remplie de liquide, et le doigt introduit, permit de sentir à la partie supérieure de cette poche une petite tumeur, du volume d'une noisette, proéminent dans la cavité ; il s'agissait d'un sac herniaire

contenant un morceau d'épiploon de la grosseur du pouce; ce sac était invaginé dans la poche principale et se prolongeait en haut dans le canal inguinal. A ce propos M. Terrillon fait remarquer que la hernie lui aurait échappé, s'il s'était contenté de fendre la poche kystique et de modifier sa cavité.

Chez quelques sujets les cloisons qui se forment dans le canal péritonéal sont verticales ou obliques et la superposition du kyste à la hernie se fait dans le sens antéro-postérieur. Le sacherniaire, très petit, peut même se dissimuler entièrement derrière la face profonde du kyste; c'est ce qui est arrivé dans notre observation VI, où la hernie était absolument cachée, derrière un kyste du canal de Nück. Enfin la hernie peut être séparée du kyste par un cordon mince, analogue au cordon de Cloquet chez l'homme. Une autre variété rare, est la hernie en bissac analogue à celle qu'on rencontre chez l'homme, présentant de même un renflement interstitiel et un autre situé dans la grande lèvre, correspondant au prolongement scrotal. En 1891, M. Berger n'en connaissait que trois cas, un de Luke, un de Hilton Golding Bird et le sien qu'il publie sous ce titre (*Hernie inguinale en bissac chez la femme. Accidents fréquents et graves d'étranglement. Cure radiale. Guérison.* Soc. ch., 1891).

Dans le cas de Berger et de Lucke, le renflement était bien intra-pariétal, sous l'aponévrose du grand oblique; dans celui de Golding Bird, il avait traversé l'aponévrose et était devenu sous-cutané. Voici, d'après M. Berger, les caractères anatomiques de cette variété rare : « Ces hernies se composent d'une dilatation interstitielle, intra-

pariétale, qui communique au travers de l'anneau inguinal externe avec un renflement diverticulaire de la hernie occupant la place ordinaire des hernies inguinales et descendant plus ou moins bas vers la grande lèvre. Le renflement intra-pariétal s'étale dans la paroi abdominale à la façon des hernies intra-pariétales interstitielles accompagnées d'ectopie testiculaire chez l'homme; il est limité en avant par l'aponévrose d'insertion du grand oblique, dont les faisceaux dissociés peuvent parfois laisser passage à un renflement diverticulaire du sac qui devient ainsi sous-cutané. En arrière, il répond au *fascia transversalis* et à l'aponévrose du transverse, il repose en bas, sur l'arcade de Fallope.

Ce renflement interstitiel communique avec la cavité abdominale par un orifice qui représente l'anneau inguinal interne, mais qui peut être situé en dehors du point qu'occupe généralement celui-ci, »

Enfin, on a trouvé, même chez la femme, des hernies inguino-propéritonéales : Hurlimann en a cité un exemple intéressant.

Telles sont les principales variétés concernant la disposition du sac et ses rapports; voyons maintenant quels sont les organes qu'il peut renfermer.

Contenu. — Le plus souvent, c'est l'intestin grêle ou l'épiploon, fréquemment les deux à la fois. Chez la petite fille ces organes sont ordinairement libres de toute adhérence entre eux ou avec les parois du sac, de sorte qu'ils se réduisent d'eux-mêmes, dans le décubitus horizontal, et qu'on trouve presque toujours le sac vide, lorsqu'on pratique la cure radicale. Il n'en est pas de même à un âge

plus avancé, où il n'est pas rare de trouver des adhérences qui compliquent singulièrement l'opération. Mais ceci n'a rien de spécial et se rencontre pareillement chez l'homme, ainsi que la hernie de la vessie et du gros intestin; aussi ne nous y arrêterons-nous pas, et nous passons de suite à un point particulier, la hernie des organes génitaux internes.

La hernie de l'ovaire (ovariocèle) seul, ou accompagné le plus souvent de la trompe (hernie tubo-ovarienne) se rencontre assez fréquemment (88 ing. 14 crurale Puech) : elle est le plus souvent d'origine congénitale, comparable à la présence du testicule en ectopie dans l'aîne. Deneux invoque pour la descente de cette glande, l'action des faisceaux de fibres lisses qui joueraient à son égard le même rôle que le *gubernaculum testis* pour le testicule.

L'étude que nous avons pu faire du développement de cet organe rend l'hypothèse assez vraisemblable.

La hernie de l'ovaire est unilatérale, le plus souvent à droite, d'après M. Broca, contrairement à Puech, ce qui serait encore en faveur de l'origine congénitale : quelquefois elle est bilatérale, coïncidant alors dans certains cas avec une anomalie des organes génitaux internes : c'est ainsi qu'on l'a notée, 4 fois avec un utérus bicorné, 13 fois avec l'hermaphrodisme féminin et 16 fois avec l'absence ou l'état embryonnaire de l'utérus. L'ovaire peut être rencontré normal, surtout dans le jeune âge, dans certains cas, mobile sur la trompe adhérente à la face postérieure du sac par un méso; mais il peut être atteint d'altérations pathologiques diverses, dont la plus fréquente est la dégénérescence scléro-kystique; dans un

cas de M. Championnière, il était fusionné avec la trompe formant une masse kystique adhérente à l'épiploon et aux parties voisines; il peut même être fécondé et donner lieu à une grossesse extra-utérine; et, à ce sujet, nous citerons comme curiosité l'observation de Le Gouey, chirurgien de Rouen (1706), qui trouva dans un sac herniaire un fœtus de trois mois et demi.

La trompe qui accompagne ordinairement l'ovaire, qui, dans certains cas, est seule dans la hernie, se présente également à l'état normal ou pathologique. Dans l'observation de Guinard (Soc. anat., 1893), elle est du volume d'un gros boudin et présente à la coupe trois abcès séparés l'un de l'autre. Dans celle de Turgis (Soc. de chir., 1893), la région inguinale s'était violemment enflammée. M. Turgis, croyant à un abcès, avait donné un coup de bistouri, et pendant un an, la malade eut tous les mois ses règles par l'orifice inguinal. C'était probablement une salpingite suppurée, ouverte dans le canal inguinal.

La hernie de l'utérus est le plus souvent consécutive à une hernie de l'ovaire : quelquefois c'est une hernie par glissement, comme pour le cœcum, et l'organe n'est alors revêtu qu'en partie par la séreuse : ordinairement à l'état de vacuité, l'utérus a été, dans un certain nombre de cas, rencontré gravide dans une hernie inguinale. Enfin, il y a les cas intéressants, où par suite d'un arrêt de développement, les canaux de Muller non encore soudés, sont venus s'engager dans le canal inguinal.

Les deux observations communiquées au congrès de chirurgie, l'une par Roux de Lausanne en 1891, l'autre par Schwartz en 1892 en sont de remarquables exemples.

Dans celle de Roux (vice de conformation par aberration inguinale des deux moitiés utérines. Cure radicale, création d'un vagin artificiel) : « une incision de 6 centimètres dans le canal inguinal, sur la hernie même, fait reconnaître à n'en pas douter dans le contenu de la hernie une moitié d'utérus recouverte de tous côtés, sauf en bas et en arrière, par la séreuse péritonéale, à la façon du sac herniaire dans la hernie coecale. C'est en effet une masse charnue, représentant à peu près la moitié du corps utérin (sans le col) comme volume et comme forme. On voit fort bien l'indication de la corne utérine, à l'endroit où la trompe émerge du canal inguinal pour aborder l'angle supéro-externe de cette masse, qui a nettement la consistance et l'aspect de l'utérus.

A l'angle inférieur externe, prend naissance un cordon qui attache effectivement le corps utérin à l'épine du pubis.

Malgré sa brièveté extrême, on y reconnaît facilement la texture du ligament rond.

Ce cordon, libéré à son insertion, permet la réduction de la hernie et l'occlusion du canal inguinal par la suture des piliers.

A gauche, même disposition du sac herniaire, coiffant un contenu identique qui permet de reconstruire par la pensée, en le rapprochant du précédent, la forme d'un utérus normal, amputé de sa portion vaginale.

L'opération radicale se termine à gauche comme à droite, et sans difficulté.

Dans l'observation de Schwartz (hernie inguinale des deux canaux de Muller, cure radicale, absence totale de

vagin, vagin artificiel), on trouve : 1° à droite : « un sac péritonéal adhérent très fortement à la grande lèvre, qui contient de l'intestin qu'on rentre facilement, et un corps rougeâtre ayant tout-à-fait l'aspect d'un utérus en miniature, à forme de massue, à petite extrémité pénétrant dans le ventre, à grosse extrémité arrondie fixée contre le canal inguinal par un ligament très solide ; à côté de lui part une corde rougeâtre, libre, qui rentre dans l'abdomen ; quand on tire sur elle, on s'aperçoit que c'est une trompe, qui entraîne à son tour un ovaire ayant deux fois le volume d'un ovaire normal, blanchâtre, consistant, sans cicatrice ; le corps utériforme est adhérent par toute sa face inférieure et collé contre le canal inguinal ; je détache le péritoine qui le fait adhérer, résèque la trompe et l'ovaire, et le corps sur lequel ils s'attachent jusqu'au delà de l'anneau inguinal, après avoir porté une ligature aussi loin que possible ; le moignon est ensuite réduit... Adossement des deux parois du canal inguinal par une double rangée de sutures. »

À gauche, on arrive rapidement sur le sac herniaire, au côté externe duquel se trouve un cordon fibro-musculaire, paraissant être le ligament rond, qui aboutit à un autre plus court et plus gros, comparable un peu au petit utérus trouvé de l'autre côté. Ici ni trompe, ni ovaire.

Réssection du sac avec les cordons qui y adhèrent après ligature au niveau de l'anneau inguinal interne. Reconstitution du canal inguinal. Réunion par première intention. Guérison.

On voit, par le résumé de ces deux observations, la

conduite à tenir dans ces cas spéciaux, et nous n'y reviendrons pas lorsque nous décrirons la technique de la cure radicale.

Telles sont les principales variétés qu'on peut rencontrer dans le contenant et le contenu de la hernie inguinale chez la femme.

CHAPITRE III

Indications et contre-indications.

Avant d'aborder la description de la cure radicale de la hernie inguinale, chez la femme, particulièrement chez la petite fille, nous allons essayer d'en esquisser les indications et les contre-indications. Nous aurons surtout en vue, dans ce chapitre, les hernies simples, vulgaires, sans complications, les hernies susceptibles du bandage; celles, en un mot, pour lesquelles l'opportunité de l'intervention n'est pas admise par tous les chirurgiens. Les hernies compliquées d'irréductibilité, surtout de phénomènes d'étranglement, ou même simplement douloureuses, prêtent moins à discussion.

1° Faut-il opérer la hernie inguinale simple chez la petite fille? A quel âge la cure radicale doit-elle prendre le pas sur celle, plus hypothétique, que donne le bandage? Il n'y a pas longtemps, la réponse à cette question était bien simple. Toutes les hernies de l'enfance étaient invariablement traitées par le bandage, et alors même que déjà, à la suite de M. Lucas-Championnière en France,

on faisait bénéficier les adultes de cures radicales de complaisance, nul ne songeait à procurer le même bénéfice au jeune âge. C'est que la confiance en l'efficacité absolue du bandage, à cette époque de la vie, était monnaie courante, ainsi que la plus grande gravité de l'acte opératoire.

« Je tiens à prouver, dit M. Berger, que la guérison par le bandage, ou même la guérison spontanée des hernies congénitales simples, est une règle qui ne comporte pas d'exception, tout au moins avant la quinzième année ». Mais il reconnaît ailleurs que le caractère de toutes ces guérisons, ou tout au moins de la plupart d'entre elles, est d'être essentiellement précaire, car elles ne sont pas à l'abri d'un retour imprévu, ou d'un accident subit d'étranglement.

Ce retour imprévu, cette récurrence d'une hernie guérie en apparence par le bandage, il ne se passe pour ainsi dire pas de semaines, où nous n'ayons l'occasion de l'observer, à la consultation de l'hôpital Trousseau. Voici quelques exemples pris au hasard :

Obs. I. — L... Gabriel, 11 ans. Hernie inguinale, connue depuis l'âge de 3 ans 1/2. Bandage jusqu'à 7 ans. A cette époque la hernie disparaît entièrement : mais à l'âge de 11 ans, elle se reproduit sous l'influence d'un effort.

Obs. II. — L... Lucienne, 4 ans. Hernie inguinale, connue depuis l'âge de 8 mois. Bandage à ressort jusqu'à l'âge de trois ans. Guérison apparente. A 4 ans, reproduction de la hernie (Voir à la fin Obs. VI et VIII).

Il en est de même des insuccès du bandage.

En voici un exemple :

Obs III. — D... Fernand, 7 ans 1/2. Hernie inguinale survenue à l'âge de 4 ans. La mère affirme que son enfant a porté depuis un bandage nuit et jour ; la hernie persiste.

Il est incontestable que le bandage bien appliqué, peut guérir la hernie inguinale chez l'enfant, et M. Championnière paraît peut-être tomber dans l'excès contraire lorsqu'il dit : « Je ne saurais admettre avec M. Berger, l'extrême facilité de la guérison par le bandage des hernies même congénitales. Nous admettons tous la possibilité de cette guérison ; nous en avons tous observé des cas. Mais au lieu de constituer une règle ces cas sont l'exception. »

Cependant, s'il nous fallait opter pour l'une ou l'autre de ces deux opinions, nous inclinerions plutôt vers la dernière.

Pendant notre séjour à l'hôpital Trousseau, nous avons vu défilér, chaque matin, un certain nombre de jeunes hernieux des deux sexes, depuis la naissance jusqu'à l'âge de 15 ans. Les mêmes questions monotones étaient invariablement posées à la mère. L'enfant a-t-il porté bandage ? l'a-t-il porté, nuit et jour, sans interruption ? depuis combien de temps ? la réponse était soigneusement consignée sur les registres. Nous en avons pris le relevé, pour une période de 4 mois, et voici ce que nous avons trouvé : Du 27 octobre 1894 au 1^{er} mars 1895, 91 enfants des deux sexes se sont présentés à la consultation, porteurs de hernies inguinales uni ou bilatérales. Sur ce nombre

40 avaient porté un bandage, les uns très régulièrement nuit et jour, depuis l'apparition de la hernie pendant plusieurs années, d'autres moins régulièrement le jour seulement. Ces 40 enfants étaient dans les mêmes conditions, au point de vue local, que les autres au nombre de 51 qui n'avaient pas eu à subir l'épreuve du bandage. Il est vrai que les sujets guéris par le bandage ne viennent pas se montrer à l'hôpital, au moins momentanément, car il en revient plus tard; il n'en reste pas moins un nombre considérable d'échecs, à l'actif du bandage. Dans la petite statistique que nous donnons, ils s'élèvent à un sur deux.

Il est bien certain, également, que dans la plupart des cas, le bandage est mal appliqué, soit par suite d'un vice de construction : « Il n'est pas d'art appliqué à la chirurgie, dit le professeur Berger, qui ait fait moins de progrès, que celui de la construction des bandages, » soit plutôt, par suite des difficultés même de l'application.

Dans le tout jeune âge, au cours de la première année, époque à laquelle l'action du bandage est la plus efficace, la pelote abandonne très aisément l'orifice externe du canal inguinal, parce que l'enfant encore sans raison, crie et s'agite souvent, sous l'influence de la gêne qu'il éprouve. Peut-être aussi le bassin encore mal développé et sans saillies n'offre-t-il qu'un point d'appui insuffisant ! Une surveillance constante et intelligente est nécessaire pour obtenir l'inamovibilité du bandage, condition indispensable du succès : la pression doit être modérée, pour éviter les lésions cutanées, la propreté doit être

excessive; la nuit comme le jour, la pelote doit être en bonne place, sous peine d'avoir perdu le lendemain ce qu'on avait gagné la veille. A ces conditions seulement, il est admis que le bandage peut procurer des guérisons.

Mais que de difficultés, que d'incertitude, quand les faits démontrent qu'une opération simple et bénigne, particulièrement chez la petite fille, peut en quelques jours donner un résultat définitif. Les statistiques que nous publions à la fin de ce chapitre semblent assez convaincantes.

La classe pauvre, qui constitue la clientèle hospitalière, paraît l'avoir bien compris, et il est remarquable de voir avec quelle confiance les mères acceptent ou demandent la cure radicale pour leurs tout jeunes enfants; il n'en aurait pas été de même, il y a quelques années : c'est ainsi aujourd'hui, parce qu'elles ont vu les résultats.

A quel âge, la cure radicale est-elle applicable. Il n'y a pas longtemps encore, l'accord était unanime contre l'opération pratiquée au cours des premières années de la vie. En 1887, dans une communication à la société de chirurgie, M. Berger conclut qu'on n'est jamais autorisé, sauf complications, à pratiquer l'opération de la cure radicale chez les sujets âgés de moins de quinze ans : les raisons qu'il donne sont : le plus grand danger de l'intervention dans le jeune âge et les succès à peu près certains du bandage. Il est vrai que quelques années plus tard (*Traité chirurg.*, 1892) il abaisse à 5 ans cette limite d'âge : « Ce n'est, dit-il qu'à partir de l'âge de 5 ans révolus, à moins de circonstances particulièrement graves, comme celles qui sont constituées par des accidents d'é-

tranglement ou par l'accroissement graduel de la hernie, que l'on aura recours à l'opération ; encore pour l'accepter, faudra-il que le bandage ait été porté plusieurs années sans succès, ou que son application ait été reconnue impossible ».

M. Championnière (*In cure rad. des hernies*) est à peu près du même avis : « Je crois, dit-il, l'opération complète, une opération grave pour les très jeunes enfants.

Je crois qu'il est très difficile de la faire réellement efficace ; mais, en règle générale, il faut arriver à 6 ou 7 ans pour trouver matière à une bonne opération de valeur courante. » Et il donne comme objections : l'intolérance des petits pour les antiseptiques, l'impossibilité d'assurer chez eux une réunion parfaite, le danger des délabrements, enfin la délicatesse et les difficultés de l'exécution à cet âge de la vie.

Nous verrons, tout-à-l'heure, comment les faits accumulés dans ces dernières années nous permettent de répondre à ces objections.

Cependant un courant nouveau s'est dessiné. Dans son livre sur *La cure radicale des hernies*, 1891, Felizet publie l'observation d'une double opération radicale chez un enfant de huit mois. A l'étranger Karewski (*Berl. Klin. Woch.*, 1891) rapporte neuf observations de cure radicale chez les enfants, dont le plus jeune avait 9 mois et le plus âgé 29 mois, et affirme que c'est au-dessous de 2 ans que les enfants supportent le mieux la cure radicale.

Parker (*British. Medic. Journ.*, 1891) recommande l'opération à partir de l'âge de deux ans. L'année suivante, 1892, notre maître M. Broca (*Rev. mens. mal.*

enf.), publie un mémoire pour défendre l'intervention chez les jeunes sujets.

Il montre les inconvénients du bandage et met en regard le peu de gravité de l'opération dont les résultats sont comparables à ceux qu'on obtient chez l'adulte. Il appuie son opinion sur sept observations de sa pratique hospitalière, où il est intervenu avec succès.

Toutefois, à cette époque, il n'opère les enfants qu'à partir de l'âge de 3 ans : nous verrons que les résultats obtenus dans ses nombreuses opérations ultérieures lui ont permis d'avancer de beaucoup cette limite.

M. Phocas, de Lille (*Mercredi médical*, 1892) publie, la même année, deux opérations de cure radicale qu'il a pratiquées, l'une à 4 mois, l'autre à 15 mois, avec plein succès.

Depuis, le nombre des interventions dans les premières années a augmenté d'une façon considérable ; il est devenu pour quelques chirurgiens pratique courante.

M. Félizet (*Hernies ing. de l'enf.*, 1894) relate 105 observations d'enfants opérés entre 7 mois et 15 ans, avec un seul décès dû à un accident opératoire. Un grand nombre ont été revus après plusieurs mois ; la guérison se maintenait parfaite.

M. Broca a pratiqué actuellement 467 opérations de cure radicale qui se décomposent ainsi :

1° — 47 (hernies inguinales, sexe féminin) dont 40 chez la petite fille et 7 chez la femme adulte. Mortalité = 0. Résultats analysés à la fin.

2° — 12 (hernies ombilicales) chez l'enfant, sans une mort.

3° — 408 (hernies inguinales dans le sexe masculin) dont 42 chez l'adulte, non compris les hernies étranglées qui présentent ici un pronostic différent, et 366 chez l'enfant, y compris les étranglées, dont le résultat opératoire semble le même. Un enfant est mort de péritonite et un autre de broncho-pneumonie aiguë, sans trace d'infection de la plaie ou du péritoine. Il s'agissait, dans ce dernier cas, d'un enfant de 6 mois que M. Broca a dû opérer, plus tôt qu'il n'a coutume de le faire, parce que la hernie était très volumineuse et qu'elle ne pouvait être maintenue par le bandage.

— 250 enfants ont été revus, au bout de six mois et il n'y avait que deux récurrences.

Il faut donc s'incliner devant les faits et reconnaître :

1° Que la cure radicale de la hernie inguinale, chez l'enfant, même dans les premières années de la vie, n'est pas plus grave que chez l'adulte.

2° Qu'il est possible d'assurer chez les petits enfants une réunion parfaite et de les mettre ainsi à l'abri de la récurrence, plus souvent que dans l'adolescence et que dans l'âge mûr; parce que la hernie est plus récente, les anneaux moins dilatés, en même temps que les tissus présentent une plus grande vitalité.

Pour parer au troisième inconvénient dont parle M. Championnière, l'intolérance qu'auraient les petits pour les antiseptiques, le moyen est simple, il suffit de ne pas en employer. Toutes les opérations de cure radicale pratiquées à l'hôpital Trousseau, dans le service du professeur Lannelongue, suppléé par M. Broca, sont faites suivant les règles de l'asepsie; jamais on ne lave la plaie

avec une substance antiseptique quelconque. Le pansement est fait avec de la gaze aseptique et les résultats ne laissent rien à désirer.

Quant à la délicatesse et aux difficultés de l'exécution, elles ne semblent pas plus considérables que chez l'adulte; seulement les organes sont plus petits, le péritoine plus mince, mais suffisamment résistant pour qu'on puisse l'isoler avec l'ongle en quelques instants. Il y a plus, on trouve rarement au niveau du collet du sac, ou entre le sac, l'intestin et l'épiploon, ces adhérences quelquefois organisées et anciennes, qui exigent chez les sujets plus avancés en âge, une dissection minutieuse, difficile et souvent même dangereuse; et il est intéressant de voir avec quelle rapidité un chirurgien exercé peut mener à bien en quelques minutes cette opération redoutée, la cure radicale de la hernie inguinale chez les petits enfants.

Les quelques considérations que nous venons d'émettre sont applicables également aux deux sexes. Bien qu'elles n'aient rien de particulier pour la femme, nous ne pouvions les passer sous silence, et nous allons leur ajouter maintenant les raisons spéciales qui militent encore en faveur de la cure radicale chez la petite fille.

On sait que chez le petit garçon, comme du reste chez l'adulte, un des principaux dangers pendant la dissection du sac, est la blessure possible du canal déférent et de l'artère spermatique; il y a là une manœuvre assez délicate qui exige une main exercée et surtout une notion nette des plans anatomiques qui se superposent.

Ce danger n'existe plus chez la femme, puisque le

cordon, organe important, est remplacé par le ligament rond à peu près insignifiant, raison de plus pour pratiquer la cure radicale.

Au reste, il n'est pas même besoin de s'acharner à disséquer le sac du ligament rond ; bien que la séparation de la séreuse soit possible, comme le déclare M. Berger, contrairement à M. Championnière, elle n'est pas indispensable, et on peut, sans inconvénient, couper le ligament, le lier et le réduire avec le sac dans la cavité abdominale.

Du moment que les dangers et les difficultés, qu'on peut craindre dans toute cure radicale (à savoir, la dissection du sac, la blessure possible d'un organe important, les adhérences entre l'épiploon, l'intestin et le sac), sont supprimées ; la cure radicale de la hernie inguinale reste, particulièrement chez la petite fille, une opération facile, courte et sans danger, dans le plus grand nombre des cas.

De plus, au moment de reconstituer la paroi, on n'a pas à craindre de comprimer le cordon : on peut amener par la suture les parois au contact et faire disparaître pour ainsi dire le trajet inguinal vide de son ligament rond. C'est là une assurance de plus contre la récurrence, à laquelle du reste la femme est moins exposée que l'homme, parce qu'elle est moins soumise aux efforts violents et répétés.

Sans parler de l'étranglement, plus fréquent chez la femme que chez l'homme, d'après la statistique du professeur Berger « *étranglement qui* survient le plus souvent dans les hernies habituellement bien contenues par

un bandage » ; sans parler de la grossesse qui peut encore l'exposer à des accidents, il y a à tenir compte des considérations d'ordre moral. Une jeune fille est absolument dépréciée par le port d'un bandage.

La cure radicale de la hernie inguinale est donc parfaitement indiquée chez la femme et particulièrement chez la petite fille. Pendant la première année cependant, sauf complications, l'enfant sera soumise au bandage et pourra le conserver jusqu'à 15 à 18 mois. A partir de cette époque seulement, alors qu'elle est sevrée et peut être séparée de sa mère sans préjudice pour sa santé, on pourra conseiller la cure radicale, comme une opération simple, bénigne et donnant en quelques jours, d'une façon presque constante, un succès définitif. Il faudra s'être bien assuré auparavant que la hernie continue à sortir lorsqu'on prive l'enfant du bandage.

Telle est à peu près la pratique suivie par notre maître, M. Broca, à l'hôpital Trousseau.

Contre-indications.— Elles ne nous arrêteront pas longtemps, car elles n'ont rien de bien spécial au sujet qui nous occupe. Ce sont celles, en effet, qui contre-indiquent toute opération qui n'est pas une opération d'urgence. Les maladies aiguës, les fièvres éruptives, et toutes les affections des voies respiratoires, qui auraient, en outre, ici l'inconvénient d'empêcher la réunion des tissus par les efforts de toux qu'elles déterminent.

On tiendra compte également de l'état général : on n'opérera pas les jeunes sujets présentant des lésions un peu avancées de tuberculose osseuse ou viscérale, mal de Pott, coxalgie ; ainsi que ceux qui présentent une suppuration

quelconque, abcès froids, adénites suppurées, foyers d'ostéomyélite, pour ne citer que les plus fréquentes.

Enfin on n'opérera pas les rachitiques à la période d'état, alors qu'ils présentent des troubles gastro-intestinaux et que le système osseux est en pleine évolution morbide.

CHAPITRE IV

Opération

Les soins préliminaires ne présentent ici rien de spécial. S'il n'existe aucune des contre-indications que nous avons énumérées dans le chapitre précédent, la malade sera purgée dès la veille, soumise au régime lacté et subira un nettoyage général et local.

Nous n'avons pas l'intention de décrire ici les nombreux procédés opératoires mis en usage pour la cure radicale de la hernie inguinale. Nous exposerons celui qu'a employé notre maître, M. Broca, à l'hôpital Trousseau, dans les observations qu'il nous autorise à publier. Nous nous arrêterons un peu sur la restauration de la paroi abdominale, et sur la façon dont il faut se comporter à l'égard du ligament rond, deux points spéciaux qui ont donné lieu à une discussion à la Société de chirurgie en 1891.

Après anesthésie au chloroforme, la région soigneusement lavée et entourée de compresses aseptiques, suivant l'usage, on pratique une incision le long du canal ingui-

nal. Mais on n'est pas guidé ici comme chez l'adulte par la saillie habituelle de la tumeur herniaire. La hernie ordinairement simple et réduite pendant le décubitus horizontal, laisse la région qu'elle occupe semblable à celle du côté opposé.

C'est donc en se guidant sur les points de repère anatomiques qu'on incisera de haut en bas et de dehors en dedans, la peau d'abord et les plans sous-cutanés en faisant l'hémostase au fur et à mesure que l'on avance, M. Lucas-Championnière recommande de tenir son incision la plus élevée possible, pour ne pas trop rapprocher la plaie de la vulve.

On pratique ensuite la section de l'aponévrose du grand oblique, en ayant soin de mettre à chaque lèvre une pince hémostatique pour se repérer et on va à la recherche du sac. Ce qu'on aperçoit d'abord, c'est un cordon plus ou moins irrégulier qui se dirige obliquement vers la grande lèvre; il renferme le ligament rond et le sac entourés d'une gaine celluleuse dépendant du *fascia propria*.

Les deux organes sont plus ou moins fusionnés, car nous n'oublions pas qu'il s'agit, à peu près toujours, d'une hernie congénitale. Un doigt introduit sous la masse commune, la soulève en rompant ses quelques adhérences périphériques, puis un coup de bistouri sépare le ligament rond de ses insertions à la grande lèvre et au pubis. On dissèque alors, de bas en haut, le ligament rond et le sac, jusqu'à ce qu'on aperçoive la graisse jaune sous-péritonéale, et en dedans les vaisseaux épigastriques.

Mais avant de pédiculiser, il ne faut pas oublier d'ou-

vrir le sac, c'est un principe, on le sait, dont il ne faut jamais se départir.

S'il renferme de l'épiploon, et le fait n'est pas très rare même dans le jeune âge, on l'attire et on le resèque après ligature en chaîne ou avec le nœud de Tait. Il ne reste plus qu'à lier, aussi haut que possible le sac et le ligament rond, à les réséquer et réduire dans la cavité abdominale.

Le pédicule est lié au nœud de Tait, en prenant les précautions d'usage qui consistent à bien s'assurer, au moment où on transfixe le sac, qu'il ne renferme pas d'organe dans son intérieur. Le fil employé, du reste pour toute l'opération, est la soie passée à l'étuve à 140°.

On suture alors la paroi antérieure du canal inguinal, par trois ou quatre points en capiton, qui prennent toute l'épaisseur des tissus, c'est-à-dire l'aponévrose du grand oblique, le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse et les lamelles de tissu cellulaire interstitiel ; on réunit la peau sans drainage et on applique un pansement sec.

Telle est l'opération qu'on pratique dans les cas simples, les plus nombreux chez la petite fille. Elle est réduite, on le voit, à la plus grande simplicité, demande quelques minutes d'exécution et peut à tout jamais supprimer la sujétion du bandage.

La même pratique a d'ailleurs été suivie dans les quelques opérations sur la femme adulte, que nous publions avec les autres.

M. le professeur Berger apporte à l'opération ainsi pra-

liquée certaines modifications que nous allons passer en revue.

Au lieu de laisser le pédicule se rétracter simplement dans le ventre, il le fixe au-dessus de l'anneau inguinal profond, suivant le procédé de Barker ; à cet effet il passe successivement les deux chefs de la ligature qui étreint le pédicule, dans le chias d'une aiguille à manche fixe ; il les porte, le plus haut possible, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et leur fait traverser d'arrière en avant la paroi abdominale, l'un en dehors, l'autre en dedans de la partie supérieure de l'anneau interne ; puis il les unit par un nœud en avant de l'aponévrose du grand oblique. Le résultat cherché est d'attirer le pédicule du sac et de le fixer très haut, au-dessus de l'anneau inguinal profond, de façon à faire disparaître toute tendance à la reproduction immédiate ou consécutive d'une dépression infundibuliforme du péritoine au niveau de cet orifice, en même temps qu'on le resserre par la ligature qui étreint la paroi abdominale au-dessus de lui.

Des autopsies pratiquées sur des sujets ayant subi pendant la vie l'opération de la cure radicale, ont montré qu'on obtient réellement la même ascension du pédicule au-dessus de l'anneau, en faisant la ligature classique, le plus haut possible, après dissection complète et traction sur le sac.

Chez l'enfant, le collet du sac ne présente ordinairement pas d'adhérences, le péritoine glisse facilement sur son *fascia propria*, de sorte qu'on peut porter la ligature très haut et se passer sans inconvénient de la modification apportée par Arthur Barker.

Il en est de même du procédé de Bassini, qui vise à la reconstitution de la paroi postérieure du trajet inguinal par la suture du tendon conjoint à la lèvre postérieure de l'arcade de Fallope. S'il peut donner de bons résultats à un âge plus avancé de la vie, chez un sujet porteur d'une grosse hernie avec une mauvaise paroi abdominale, on n'en voit pas bien l'utilité chez les enfants qui ne sont pas, à proprement parler, des hernieux, mais présentent comme on l'a dit à juste titre, « un trou dans la paroi plutôt qu'une paroi profondément défectueuse. »

L'exécution en serait du reste rendue difficile : ce qui, chez l'adulte, est résistant et palpable, devient ici lamellaire et imperceptible.

Et puis, ces deux modifications compliquent et allongent l'opération dont la simplicité n'exclut pas les bons résultats. La brièveté de l'exécution, une perte de sang minime, sont une des conditions du succès dans le jeune âge.

La façon dont il faut se comporter à l'égard du ligament rond a été discutée à la Société de Chirurgie en mai-juin 1891. M. Championnière a déclaré sectionner toujours le ligament rond qui pour lui est absolument fusionné, dans la hernie congénitale, avec le sac dont il n'est pas séparable.

« Dans tous les cas que j'ai opérés, dit-il, j'ai réséqué une étendue considérable du ligament rond, que l'on raccourcit et réinsère avec tant de soin dans certaines opérations. Or, je n'ai jamais vu que cette résection entraînât aucun accident, aucun inconvénient, et j'ai suivi très attentivement les sujets à ce point de vue ».

M. Berger est d'un avis contraire et prétend qu'on peut dans la majorité des cas extirper le sac, d'une manière complète, sans avoir à enlever en même temps, la partie correspondante du ligament rond ; s'il n'en voit pas les inconvénients il n'en reconnaît d'autre part, ni l'utilité, ni la sécurité.

A cela M. Championnière répond : « A quoi peut bien vous servir cette dissection du ligament rond que vous conservez dans le canal inguinal pour maintenir béante la voie nécessaire pour la récurrence ? Je ne vois vraiment pas d'autre raison à cette conservation ».

Nous partageons, volontiers, l'opinion de ce dernier parce que nous avons été frappés, dans les quelques recherches que nous avons pu faire de la faible importance qu'on attribue généralement au ligament rond dans la statique utérine, à l'état normal et à l'état pathologique.

Comme l'opération est par suite simplifiée, la dissection du sac plus facile et plus sûre ; comme, d'autre part, les parois du canal inguinal pourront être mieux rapprochées par la suture, une fois le ligament enlevé, nous croyons qu'il y a tout avantage à réséquer le ligament rond avec le sac dans la cure radicale de la hernie inguinale.

La hernie de l'ovaire, le plus souvent suivie de la trompe, hernie tubo-ovarienne, est, comme nous l'avons vu, ordinairement d'origine congénitale et comparable à la présence du testicule en ectopie dans l'aîne ; il n'est donc pas très rare de la rencontrer chez la petite fille. L'ovaire est normal ou quelquefois atteint, à un âge plus avancé, d'altérations pathologiques diverses, dont la plus

fréquente est la dégénérescence scléro-kystique. Lorsqu'il est normal, la conduite généralement suivie est de le respecter, de détacher les adhérences, s'il en existe, le réduire dans la cavité abdominale et fermer le péritoine au devant de lui. Lorsqu'il est dégénéré, on peut l'enlever et faire ainsi, du même coup, une double opération. On agira de même, si, à la suite de phénomènes d'étranglement, il présente des lésions inflammatoires avancées, surtout si l'on a affaire à une femme avancée en âge. C'est le parti qu'ont adopté en pareil cas, Boeckel, Otte, Pollard. Même conduite à tenir à l'égard de la trompe, qui, elle aussi, peut présenter des altérations diverses. Dans l'observation de M. Guinard (*Bull. soc. anat.*, 1893) que nous mentionnons dans un chapitre précédent, la trompe était atteinte de salpingite parenchymateuse, du volume d'un gros boudin, et renfermait trois abcès séparés l'un de l'autre. M. Guinard pratique une ligature sur la position saine, sectionne le pédicule au thermocautère et huit jours après, la malade, qui, auparavant souffrait sans cesse, est en bonne voie de guérison.

Faut-il aller plus loin, et à l'exemple de M. Championnière (Communication à la Soc. de Ch., 1891), aller explorer les annexes avec le doigt, au besoin même les attirer jusque dans le champ opératoire pour constater leur état par la vue ? Tel n'est pas l'avis de M. Berger : pour lui, l'opération a un but déterminé, la cure de la hernie ; il ne faut la compliquer d'aucune surcharge, si celle-ci ne s'impose pas d'elle-même et éviter surtout les manœuvres intra-péritonéales. Il ne croit pas qu'il faille prendre occasion d'une opération de cure radicale pour inspecter

les organes pelviens, et pour se lancer accessoirement dans une autre opération plus complexe et plus grave que celle que l'on s'était mis en devoir de pratiquer.

Comme les malformations des organes génitaux internes, coïncidant avec une hernie inguinale congénitale (argument que fait valoir M. Championnière) sont en somme relativement rares, comparées aux cas simples, de beaucoup les plus nombreux, il nous semble préférable, au moins chez la petite fille ordinairement indemne de toute lésion inflammatoire des annexes, de pratiquer l'opération simple, telle que nous l'avons décrite.

Dans des cas, excessivement rares, on a trouvé une hernie inguinale, des deux canaux de Muller, coïncidant d'ailleurs avec d'autres malformations et arrêt de développement des organes génitaux. Telles sont, par exemple, les deux remarquables observations, communiquées au congrès français de chirurgie, l'une en 1891 par Roux de Lausanne ainsi intitulée: « *Vice de conformation par aberration inguinale des deux moitiés utérines cure radicale. Création d'un vagin artificiel.* »

L'autre en 1892 par M. Schwartz (*Hernie inguinale des deux canaux de Muller. Cure radicale. Absence totale de vagin, vagin artificiel*). Nous les avons relatées en partie au chapitre de l'anatomie pathologique; on pourra y voir la conduite tenue par ces chirurgiens; nous croyons inutile de la répéter.

Les suites opératoires sont habituellement simples. On observe quelquefois une faible élévation de température le lendemain ou le surlendemain de l'intervention; un

peu de parésie intestinale qui cède facilement à l'administration d'un lavement ou d'un purgatif léger.

Les complications graves qui peuvent survenir chez les sujets âgés, telles que l'étranglement interne et la congestion pulmonaire ne sont pas à redouter dans l'enfance.

Mais un petit accident qu'il n'est pas très rare d'observer dans les premières années est un peu de suppuration, superficielle du reste, qui retarde la réunion complète de quelques jours sans compromettre le résultat ultérieur.

Elle résulte d'une contamination post-opératoire par l'urine, les matières fécales ou les mains de l'enfant qui s'acharne quelquefois après son pansement.

Le spica de l'aine le mieux fait ne peut pas toujours empêcher les infiltrations. Le collodion, qui peut constituer un bon occlusif chez les adultes, produit chez les sujets jeunes, comme on le voit dans plusieurs de nos observations, de la rougeur et même des exulcérations.

Finalement, on s'est arrêté dans le service à l'application d'une pâte, modifiée de Unna par M. Braquehayé, et dont voici la formule :

Oxyde de zinc.....	10 grammes
Gélatine	30 »
Glycérine.....	25 »
Eau.....	35 »

Plus un antiseptique quelconque, salol ou acide phénique, qu'on ajoute pour empêcher les fermentations.

Elle est à l'état solide, à la température ordinaire : on la chauffe au bain-marie pour la liquéfier et on procède

ensuite, comme avec le collodion, en ayant soin de mettre au contact direct de la plaie un mince feuillet de gaze aseptique ou iodoformée. On a ainsi un bon occlusif, plus adhérent même que le collodion et ne produisant pas d'irritation cutanée.

Au huitième jour, on enlève les fils et après un séjour au lit de trois à quatre semaines, l'enfant est renvoyé sans bandage.

Mais il ne suffit pas de constater la guérison, à son départ, il faut le revoir plusieurs mois après l'opération. A ce titre seulement, les observations de cure radicale présentent une réelle valeur.

Les récidives, dit M. Berger, quand elles doivent se produire, surviennent rapidement ; dans les six mois d'après Championnière, moins d'un an après l'opération (Sorin).

Résultats. — Sur les 41 opérées (1) de M. Broca dont la mortalité = 0 ; 21 ont été revues :

4 de 2 mois à 6 mois après l'opération.

5 de 6 mois à 1 an —

7 de 1 an à 2 ans —

5 de 2 ans à 3 ans —

Une seule (Obs. IX), fillette de 6 ans, toussant habituellement, nous a présenté un peu d'impulsion à la toux, au-dessous et en dehors de la cicatrice.

Les 20 autres avaient une paroi solide : aucune im-

1. Nous ferons remarquer qu'il y avait 6 fois hernie bilatérale, ce qui porte à 47 le nombre des cures radicales.

pulsion, aucun soulèvement pendant la toux, le cri ou autre effort. On peut les considérer comme définitivement guéries.

Nous avons trouvé la cicatrice, sauf deux cas, où elle était un peu chéloïdienne, souple, linéaire et non saillante.

De couleur ordinairement blanchâtre, elle présentait, dans certains cas, la coloration normale des téguments et était à peine visible.

Une autre observation, d'une certaine importance, nous a été faite dans plusieurs familles : les parents ont remarqué chez leur enfant, qui ne souffre plus, qui n'est plus, pour ainsi dire, sous l'obsession perpétuelle de la hernie ou du bandage, une amélioration notable dans le caractère et l'état général.

Il suffit de rapprocher ces résultats de ceux observés, même dans les meilleures statistiques, pour se convaincre que la cure radicale de la hernie inguinale chez la femme, particulièrement chez la petite fille, est supérieure, malgré sa simplicité et assure presque toujours une guérison définitive.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Hernie inguinale étranglée depuis 24 heures. Présence de la trompe dans le sac.

L. A..., 14 mois, entre à l'hôpital Trousseau, salle Giraldès, le 31 mai 1894, dans le service de M. le professeur Lannelongue, suppléé par M. Broca.

Pas de hernie du côté paternel. Le grand père maternel avait une hernie. Un enfant du premier lit (B. F.) a été opéré par M. Broca.

Début à l'âge de trois semaines ; la mère remarque une grosseur à l'aîne. Application d'un bandage de 3 à 5 mois, qu'on supprime ensuite pendant 4 mois. A cette époque, c'est-à-dire à l'âge de 9 mois, la hernie reparaît.

Elle est opérée à la garde, par M. Walther. Elle contenait un petit étranglement avec de l'intestin grêle, plus la trompe qu'on a réduite.

Le 9 juin. — Ablation des fils, réunion complète.

T. 37°, 4. après l'opération. 37° les jours suivants.

Mai 1895. — La malade n'a pu être revue.

OBSERVATION II

Hernie inguinale gauche. Cure radicale.

B... G..., 28 mois, entre le 17 mars 1893, à l'hôpital Trousseau.

Le père a une hernie qui sort après la fatigue. La mère et les deux autres enfants n'en ont pas. Début à un an, bandage depuis cette époque.

Actuellement. — Hernie assez volumineuse, remplissant la grande lèvre du côté gauche, sonore et réductible avec gargouillement.

21 mars. — Cure radicale.

Résection du sac, sans ménager le ligament rond, enlevé avec lui.

Sutures. Pansement au collodion.

28 mars. — Premier pansement. Réunion ; un peu de rougeur sur les bords.

4 avril. — Cicatrisation complète ; toute rougeur a disparu.

Température oscille autour de 37°.

Exéat guérie le 6 avril.

10 juin. — Revue en excellent état local.

21 octobre. — Revue, cicatrice blanchâtre, absolument souple, pas d'impulsion à la toux.

22 décembre et 23 août 1894. — Mêmes constatations.

Revue le 19 mai 1895. — Cicatrice presque invisible, non adhérente. Pas la moindre impulsion à la toux. L'opération date de deux ans et deux mois.

OBSERVATION III

Hernie inguinale droite.

D. A..., 2 ans 1/2. — Entrée à l'hôpital Trousseau, salle Giraldès, le 2 octobre 1893, sortie le 12 novembre.

Les parents n'ont pas de hernie; personne n'en a dans la famille.

La hernie est inguinale droite, et date, au dire de la mère, du milieu de septembre.

Cure radicale le 4 octobre. Rien de spécial; sac accolé au ligament rond, vide.

Pansement au colliodon.

Ablation des fils le 13. Réunion par première intention, sauf à l'angle inférieur de la plaie; l'enfant ayant défait son pansement les premiers jours.

Exéat le 12 novembre entièrement guérie.

Revue le 19 mai 1895 (1 an et 7 mois après l'opération). Cicatrice simple, légèrement adhérente, pas la moindre impulsion à la toux.

OBSERVATION IV

Phlegmon ombilical. Hernie inguinale droite. Cure radicale.

C. M..., 3 ans 1/2, entrée le 29 septembre 1894, à l'hôpital Trousseau, salle Giraldès.

Sortie le 27 janvier 1895.

Hérédité nulle. La hernie (inguinale droite), constatée depuis huit jours seulement, à la suite d'une coqueluche.

12 novembre. — Cure radicale.

16 novembre. — Température du soir, 38°, 8.

Le lendemain matin, 17 novembre, 37°, 8.

On enlève le pansement qui a été souillé par l'urine.

La plaie a un bon aspect, pas de suppuration, ventre souple.

Température du soir, 39°, 2.

18 novembre. — Purgatif.

19 novembre. — La température tombe à la normale.

20 novembre. — Ablation des fils. Les deux fils inférieurs ont suppuré.

Suppuration toute superficielle du reste, le ventre étant absolument souple.

25 novembre. — Réunion complète.

6 décembre. — Nouvelle poussée fébrile. Température 39°, 6.

Un peu de constipation. Purgatif.

13 décembre. — Autre poussée fébrile. En examinant la malade, on constate une tumeur, au niveau de l'ombilic. Cette tumeur existait déjà au moment de l'entrée à l'hôpital, car la fiche copiée sur le registre indiquait : hernie inguinale droite et hernie ombilicale.

En examinant cette tumeur, on constate facilement que ce n'est point une hernie.

Au niveau de la cicatrice ombilicale, existe une tumeur grosse comme une petite mandarine, lisse, arrondie, régulière ; en ce point la fluctuation est très nette. Matité à la percussion.

Réduction de la tumeur impossible ; les efforts de la toux ne lui impriment aucune modification. La peau est intacte ; la cicatrice ombilicale n'est pas modifiée.

14 décembre. — Incision des couches superficielles, de la gaine des muscles droits. Derrière le feuillet postérieur de la gaine, on trouve une première poche purulente, sous-péritonéale par conséquent. Cette première poche conduit dans une seconde intra-

péritonéale. La première poche est nettement limitée de toutes parts, par des adhérences résistantes. Quant à la seconde, qui est intra-péritonéale, on se contente de l'évacuer, sans l'explorer.

Tamponnement à la gaze iodoformée.

Suites simples. La malade sort de l'hôpital le 27 janvier 1895, et depuis le jour où elle a été opérée, c'est-à-dire depuis 1 mois 1/2, elle n'a pas eu de poussée fébrile.

Avant l'opération, on en trouve notées trois, qu'il avait été tout d'abord impossible d'expliquer.

Etat à la sortie. — Cicatrice verticale peu adhérente aux plans profonds, ventre très souple.

OBSERVATION V

Hernie inguinale bilatérale. A gauche, hernie de la trompe et de Povaire (Broca, Soc. anat., 27 janvier 1893).

T. M..., 4 ans, entrée à l'hôpital Trousseau, au mois de décembre 1892.

Cette enfant, dont les antécédents héréditaires sont nuls, portait à droite, une hernie inguinale depuis l'âge de huit mois ; jusqu'à l'âge de 3 ans elle porta un bandage élastique et l'on crut avoir obtenu la guérison ; elle ne souffrait, en effet, aucunement, et on ne voyait aucune tumeur à la région inguinale. Un mois avant son entrée à l'hôpital, à la suite d'une quinte de toux, la hernie de droite reparut, et en même temps l'enfant se plaignit, pour la première fois, de souffrir également du côté gauche. A l'entrée, je constatai une hernie inguinale évidente à droite, où elle avait pendant la toux le volume d'une noix, beaucoup plus petite à gauche.

Le 8 décembre. — Je fis la cure radicale de la hernie droite.

Je trouvai hors de l'anneau externe un sac que je disséquai jusqu'à l'anneau interne, après avoir fendu la paroi antérieure du canal inguinal. Ce canal fut reconstitué par trois points de suture perdue en capiton, à la soie. Je suturai sans drainage et fis un pansement au collodion.

La réaction fut absolument nulle, et la température rectale ne dépassa pas 37°,4.

Le 8 janvier. — La plaie étant absolument cicatrisée, j'opérai du côté opposé, c'est-à-dire à gauche et je trouvai, hors de l'anneau externe, un sac qui comme celui de droite était vide. Mais en remontant dans le canal inguinal, je trouvai dans la partie postérieure du sac, près de l'anneau interne, la trompe et au-dessous d'elle l'ovaire. Ces organes étant sains, je ne songeais pas à les réséquer. Mais je continuai le décollement du sac jusque dans le ventre ; je liai ce sac au-dessous des viscères herniés que je réduisis, et je terminai par une suture perdue exacte du canal inguinal.

Réunion sans drainage, pansement au collodion, et la température ne dépassa pas cette fois encore 37°,4.

Revue le 22 octobre 1893. La guérison se maintient. En haut et à gauche la cicatrice présente un petit soulèvement épidermique gros comme une lentille (fil ?).

Revue le 23 mai 1895 (2 ans 1/2 après l'opération). La guérison persiste, pas d'impulsion. A droite cicatrice blanche. A gauche cicatrice moins souple, présentant en haut une petite bride cicatricielle.

OBSERVATION VI

Hernie inguinale droite. Kyste du canal de Nück (Th. Cachau, 1893).

N. L..., 4 ans 1/2, entrée le 29 août 1893, à l'hôpital Trousseau, salle Giralès, sortie le 17 septembre.

Une sœur a une hernie.

Celle de notre malade date de 2 ans. Elle n'a pas cessé depuis de porter un bandage, nuit et jour.

Hier matin, l'enfant a été examinée à l'occasion de vomissements alimentaires qu'elle présentait depuis quelques heures. Le médecin frappé par la présence simultanée d'une masse irrégulière siégeant en dehors du canal inguinal et les commémoratifs d'une hernie, l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic de hernie étranglée.

Etat actuel. — 29 août. — Les vomissements ont complètement cessé. Lefaciès et le pouls de l'enfant sont très bons, mais il existe une tumeur ressemblant à une hernie inguinale assez volumineuse, que l'on ne peut réduire, mais ne pénétrant pas dans la grande lèvre. On ne peut mieux s'assurer de ses caractères, ainsi que de ceux de l'abdomen (pour réductibilité, etc.). L'enfant ne cessait pas de crier et de se débattre.

Chloroforme, le ventre est souple. La tumeur est très mobile sans pédicule. Cependant on opère (M. Delanglade). Cure radicale. Extirpation d'un kyste gros comme un œuf de pigeon ou petit œuf de poule, rempli d'un liquide jaunâtre et filant. Derrière et en dedans petite pointe de hernie, se continuant obliquement avec le kyste et non étranglée.

Dissection très laborieuse des fibres du ligament rond.

5 septembre. — Ablation des fils.

12 septembre. — Réunion complète et linéaire.

17 septembre. — Exéat guérie.

OBSERVATION VII

(Hernie inguinale droite).

P. M..., 5 ans, entrée à l'hôpital Trousseau, le 27 novembre 1893.

Hérédité nulle. Début à la naissance. A porté bandage depuis 2 ans. Hernie non apparente pendant le repos. Anneau large. Impulsion à la toux.

29 novembre. — Cure radicale. Sac dépassant peu l'anneau externe. Trompe vue au fond avec méso. Ligature au-dessous d'elle.

Pansement au collodion; on enlève les fils le 11. Au niveau de quelques points de suture un peu de pus. Toute la surface cutanée recouverte par le collodion est exulcérée. Pansement iodoformé. Guérie le 19. Sort le 21 décembre.

Revue le 16 janvier 1894. Pas de récurrence.

Revue le 16 septembre 1894. Cicatrice normale, pas d'impulsion.

Revue le 23 mai 1895 (1 an 1/2 après), cicatrice blanche, sans saillie, pas la moindre impulsion.

OBSERVATION VIII

Hernie inguinale gauche.

H. P..., 5 ans 1/2, entré le 26 novembre 1894, hôpital Trousseau, salle Giraldès.

Hérédité nulle. La hernie est connue depuis un an. A porté bandage à ressort, nuit et jour, depuis un an.

29 novembre. — Cure radicale. Température oscillant autour de 37°,4.

6 décembre. — Ablation des fils.

Exécutée guérie.

OBSERVATION IX

Hernie inguinale droite.

K. M..., 6 ans, entrée le 6 août 1894, hôpital Trousseau, salle Giraldès.

Hérédité nulle. Début à l'âge de trois ans : depuis porte bandage, nuit et jour.

Le 9 août. — Cure radicale par M. Braquehay, interne du service.

Le 16 août. — On enlève les fils, réunion parfaite.

Mais le 19 août la température s'élève le soir à 39°,5. Etat général bon, gorge un peu rouge. On prescrit un gargarisme phéniqué.

A partir du 24 la température du soir dépasse 40°; celle du matin étant normale, sans que rien, dans l'état général ni dans l'état local, permette d'expliquer ces oscillations.

Exéat le 30 août. Paroi solide. Aucune trace de récidive.

Revue le 19 mai 1895. Rien au niveau de la cicatrice où la paroi paraît solide; mais au-dessous et en dehors, un peu d'impulsion à la toux (L'opération remonte à neuf mois 1/2). Enfant toussant.

OBSERVATION X

Hernie inguinale droite.

D. L..., 6 ans, entrée à l'hôpital Trousseau, le 10 février 1894, salle Giraldès, lit n. 15.

Hérédité nulle. Début il y a quinze jours. N'a jamais porté de bandage.

Etat actuel. — Hernie inguinale droite paraissant exclusivement intestinale, descendant jusqu'à la grande lèvre, facilement réductible, se réduisant spontanément par le repos.

Le 16 février 1894. — Cure radicale, simple.

23 février. — Ablation des fils, réunion immédiate et un peu de sphacèle à la peau. La température a oscillé entre 37 et 38°.

Revue le 28 septembre 1894. Pas de récurrence. Cicatrice blanche et souple.

Revue le 22 mai 1895 (13 mois après l'opération). Cicatrice souple, pas la moindre impulsion.

OBSERVATION XI

Hernie inguinale gauche.

M. E..., 6 ans 1/2, entrée le 2 novembre 1893, à l'hôpital Trousseau.

Hérédité nulle. Hernie à l'âge de 4 mois. Bandage en caoutchouc pendant 2 ans 1/2.

Cure radicale le 4 novembre 1893. Rien de spécial.

Sort guérie le 3 décembre.

Revue le 20 juillet 1894, va très bien.

N'a pu être revue actuellement.

OBSERVATION XII

Hernie inguinale droite.

B. J..., 7 ans, entrée le 2 novembre 1893, hôpital Trousseau. Sortie le 30 novembre.

Père bien portant, aucun cas de hernie dans sa famille. Grand-

père maternel, a une hernie depuis deux ans, à la suite de fatigue.

Quinze jours après la naissance, la mère remarque une petite grosseur à l'aîne. A partir de l'âge de 3 mois, bandage en caoutchouc pendant 2 ans. Suppression pendant un an. Puis bandage à ressort jusqu'à ce jour.

Cure radicale le 3 novembre, rien de spécial.

Réunion par première intention.

Revue le 25 septembre 1894. Entièrement guérie 1 an 1/2 après l'opération.

Revue le 19 mai 1895. Cicatrice blanchâtre souple, pas d'impulsion.

OBSERVATION XIII

Hernie inguinale droite.

L. G..., 7 ans, entrée le 20 décembre 1894, hôpital Trousseau, salle Giralès. Sortie le 13 janvier 1895.

Hérédité herniaire nulle. La hernie est connue depuis l'âge de 1 an 1/2.

L'enfant n'a jamais porté de bandage.

Actuellement, hernie inguinale droite.

Le 23 décembre, cure radicale, sans rien de spécial.

Réunion immédiate parfaite.

Mai 1895. — La malade n'a pu être revue.

OBSERVATION XIV

Hernie inguinale gauche.

L... M..., 7 ans, entrée le 9 janvier 1895, hôpital Trousseau, salle Giralès. Sortie le 24 janvier.

Père, bronchite chronique.

La mère a une salpingite. Son grand père a une hernie, et un de ses frères une hernie double.

Début quelques jours après la naissance.

Rougeole à 3 ans 1/2.

Porte bandage depuis 1 an.

Le 10 janvier. — Cure radicale. Température autour de 37°.

Le 17. — Ablation des fils.

Sort guérie le 24 janvier.

Revue le 20 mai 1893. Cicatrice peu apparente. Pas la moindre impulsion à la toux (4 mois après l'opération).

OBSERVATION XV

Hernie inguinale gauche.

C. F..., 7 ans, entrée le 27 mars 1893 hôpital Trousseau, sortie le 27 avril.

Début à l'âge de 4 ans, bandage, nuit et jour pendant trois semaines, puis reste 3 ans sans bandage.

Actuellement, hernie inguinale gauche assez saillante (volume d'une grosse noix) mais ne descendant pas dans la grande lèvre.

Contenu surtout intestinal; sonorité, réduction avec gargouillement.

Le 28 mars. — Cure radicale. Masse d'épiploon, assez considérable et très adipeux. Résection de l'épiploon non adhérent, ainsi que du sac enlevé avec le ligament rond.

Suture. Pansement au collodion.

Exécutée guérie le 27 avril 1893.

Revue le 29 septembre 1894. Cicatrice blanche, pas d'impulsion.

Revue le 23 mai 1895 (2 ans, 2 mois après l'opération). Cicatrice linéaire souple. Pas la moindre impulsion.

OBSERVATION XVI

Hernie inguinale droite.

F. E..., 7 ans 1/2, entrée le 26 avril 1894, hôpital Trousseau, salle Giraldès. Sortie le 14 mai.

Pas d'hérédité herniaire.

Rougeole à 4 ans. Enfance souffreteuse. Impétigo. Conjonctivite phyténulaire. Otite suppurée pour laquelle elle est encore en traitement.

Actuellement. Hernie inguinale, connue seulement depuis quelques semaines à la suite d'une chute.

26 avril. — Cure radicale. Excision de 25 grammes d'épiploon non adhérent.

4 mai. — Ablation des fils. Réunion totale.

Exéat, guérie le 14 mai.

Revue le 25 septembre 1894. Pas d'impulsion.

Revue le 20 mai 1895 (13 mois après l'opération). Pas la moindre impulsion à la toux.

OBSERVATION XVII

Hernie inguinale gauche.

J. C..., 7 ans 1/2, entrée le 4 décembre 1893, hôpital Trousseau, salle Giraldès, sortie le 30 décembre. Une sœur a une hernie inguinale droite.

On s'est aperçu de la hernie, il y a un an ; l'enfant n'a jamais porté de bandage.

Le 9 décembre. — Cure radicale. Rien de spécial.

Le 17 décembre. — Ablation des fils.

Exéat guérie le 30 décembre.

Revue le 23 mai 1895 (17 mois après l'opération). Cicatrice un peu chéloïdienne. Pas la moindre impulsion.

OBSERVATION XVIII

Hernie inguinale gauche.

L. C..., 8 ans et demi, entrée à l'hôpital Trousseau le 21 août 1894, salle Giralès. Sortie le 20 septembre.

A. H. — Le grand-père paternel a eu une hernie, il y a deux ans.

Une sœur plus jeune, F. C..., 2 ans, a eu une première hernie à un an et a aussitôt porté bandage nuit et jour.

Plus tard apparaît une hernie inguinale de l'autre côté. Bandage double. Les hernies sont très bien maintenues.

A. P. — La hernie est apparue, à l'âge de 2 ans. Depuis l'enfant a porté un bandage, nuit et jour.

Le 31 août. — Cure radicale à gauche.

10 septembre. — Ablation des fils. Réunion complète.

Exéat guérie le 20 septembre.

Revue le 20 mai 1895. Pas d'impulsion (9 mois après l'opération).

OBSERVATION XIX

Hernie inguinale double.

L. D... Charlotte, 8 ans et demi, entrée le 23 avril 1895, hôpital Trousseau, sortie le 2 mai.

Pas d'hérédité herniaire.

A. P. — A la naissance, l'enfant a une hernie ombilicale, et une hernie inguinale double. Disparition de la hernie ombilicale. Disparition également des hernies inguinales, quelque temps après, par suite du port d'un bandage double.

L'an dernier, coqueluche, apparition de la hernie inguinale droite du volume d'un œuf de poule.

A gauche, hernie moins volumineuse.

Le 24 avril 1895. Opération des deux côtés :

A droite par M. Broca.

A gauche par M. Braquehayé.

1^{er} mai. — Ablation des fils. Réunion complète.

Exeat guérie le 2 mai.

OBSERVATION XX

Hernie inguinale bilatérale:

B. M..., 9 ans, entrée le 3 juillet 1893, hôpital Trousseau, salle Giralès, sortie le 30 juillet.

Hérédité nulle.

Début à l'âge de six semaines. Depuis l'âge de 3 ans elle porte continuellement un bandage.

Actuellement, quand l'enfant tousse, on sent se former une pointe de hernie de chaque côté, plus à droite qu'à gauche.

Jamais il n'a persisté de tumeur.

Le 5 juillet. — Cure radicale des deux côtés, pansement au collodion.

Le 12 juillet. — Ablation des fils, réunion parfaite, pansement au collodion.

19 juillet. — Quelques gouttes de pus, superficiellement, au

niveau des fils des deux côtés ; l'enfant s'étant amusée pendant la semaine à tirailler son pansement. Pansement iodoformé.

30 juillet. — Sort guérie.

Revue le 18 septembre. Etat local et général excellent, cicatrice peu chéloïdienne.

Revue le 25 septembre 1894. — Cicatrices blanches et souples, pas d'impulsion.

Revue le 20 mai 1895. — Cicatrices blanchâtres, non adhérentes, sans saillie, pas d'impulsion à la toux (22 mois après l'opération).

OBSERVATION XXI

Hernie inguinale gauche.

G. C..., 9 ans, entrée le 22 avril 1895, hôpital Trousseau, salle Giraldès. Sortie le 9 mai.

Pas d'hérédité herniaire.

A. P. — Coqueluche à 4 ans, rougeole à 5 et scarlatine à 7.

Bonne santé habituelle, ne tousse pas ; quelques sueurs nocturnes. Depuis 1 an, elle se plaint de coliques.

Actuellement, on constate à la région inguinale gauche une tumeur du volume d'une amande verte, augmentant par la toux, facilement réductible. Connue depuis 4 jours seulement, au moment d'une douche. Jamais de bandage.

Le 22 avril. — Cure radicale.

1^{er} mai. — Ablation des fils. Suppuration au niveau d'un fil.

5 mai. — Pansement. Suppuration disparue.

9 mai. — Exeat guérie.

OBSERVATION XXII

Hernie inguinale gauche.

B. E..., 10 ans, entrée le 24 janvier 1894, hôpital Trousseau, salle Giralès. Sortie le 18 février.

Hérédité herniaire nulle.

On s'est aperçu de la hernie, il y a 3 mois. Jamais de bandage.

Actuellement : Hernie inguinale gauche, du volume d'une petite noix, descendant dans la grande lèvre, paraissant intestinale, facilement réductible. Disparaît dans la décubitus horizontal.

Le 24 janvier. — Cure radicale. Rien de spécial.

Le 2 février. — Ablation des fils.

Exéat guérie, le 18 février.

Mai 1895. — La malade n'a pu être revue.

OBSERVATION XXIII

Hernie inguinale bilatérale.

P. J..., 10 ans. — Entrée le 21 février 1895, hôpital Trousseau, salle Giralès, sortie le 17 mars.

A. H. — Père tuberculeux, alcoolique.

Grand père maternel hernie double.

A. P. — Début du côté gauche à l'âge de 3 mois.

Elle porte un bandage jusqu'à 14 mois, le cesse pendant un an puis le reprend nuit et jour. A 7 ans rougeole.

La hernie droite n'est connue que depuis 3 semaines.

Le 23 février. — Cure radicale des deux hernies.

2 mars. — Réunion par première intention.

17 mars. — Exéat guérie.

OBSERVATION XXIV

Hernie inguinale

P. A... 10 ans. — Entrée le 11 juin 1894, hôpital Trousseau, salle Giralaldès, sortie le 1^{er} juillet.

A. H... — Le père a une hernie inguinale gauche.

A. P... — La hernie n'est connue de la mère que depuis 8 jours : l'enfant prétend l'avoir depuis très longtemps. Jamais de bandage.

Le 12 juin. — Cure radicale.

Le 20 juin. — Ablation des fils.

Sort guérie le 1^{er} juillet.

Revue le 23 mai 1895 (un an après) cicatrice chéloïdienne, pas d'impulsion à la toux.

OBSERVATION XXV

Hernie inguinale droite.

J. A..., 11 ans; entrée le 30 novembre 1894, hôpital Trousseau, salle Giralaldès. Sortie le 30 décembre.

Début dans la première enfance; depuis elle a toujours porté un bandage, mais d'une façon irrégulière.

Le 9 décembre. — Cure radicale.

17 décembre. — Ablation des fils.

Sort guérie le 30 décembre 1894.

Ne pourra être revue que dans quelques jours.

OBSERVATION XXVI

Hernie inguinale droite.

B. M..., 11 ans, entrée à l'hôpital Trousseau, au mois de juillet.

Son grand père paternel a une hernie.

L'enfant a fait, il y a 4 ans, une chute sur la vulve.

Le 24 juillet. — Cure radicale.

30 juillet. — On enlève les fils. Réunion par première intention. Pansement iodoformé.

Sortie le 13 août, guérie.

20 mai 1895. — N'a pu être revue.

OBSERVATION XXVII

Hernie inguinale droite.

J... A..., 11 ans, entrée le 4 décembre 1893, hôpital Trousseau, salle Giraldès.

Grand-père paternel, hernie à la suite d'un accident.

L'enfant a eu quelques bronchites sans importance et dit qu'elle avait remarqué de temps en temps une grosseur à l'aîne.

La mère ne s'en est aperçue qu'à l'âge de 7 ans. Aucune douleur. A 9 ans, on remarque que la tumeur augmente de volume, surtout au moment des efforts. Jamais de bandage.

Actuellement, hernie simple.

Le 7 décembre 1893. — Cure radicale. Le sac descend dans la grande lèvre ; on en fait l'ablation avec le ligament rond.

Sortie guérie le 28 décembre.

Mai 1895. — La malade n'a pu être revue.

OBSERVATION XXVIII

Hernie inguinale bilatérale.

L... H..., 11 ans 1/2, entrée le 25 février 1895, hôpital Trousseau, salle Giralès.

Sortie le 21 mars.

Le père a une hernie inguinale.

Antécédents personnels. — Rougeole dans le tout jeune âge.

Début, il y a 6 ans. Elle porte bandage depuis un an.

Le 25 février. — Cure radicale des deux hernies.

Résection de 17 grammes d'épiploon.

4 mars. — Réunion par première intention.

Sortie guérie le 21 mars 1895.

OBSERVATION XXIX

Torticolis et hernie inguinale droite.

B... G..., 11 ans 1/2, entrée le 19 septembre 1894, hôpital Trousseau, salle Giralès.

A. H. — Père mort de tuberculose.

Mère bien portante.

A. P. — Accouchement par le siège; quelques jours après la naissance, convulsions; envoyée en nourrice. La mère revoit l'enfant à l'âge de 7 mois; la tête était inclinée.

Variole à 1 an, rougeole à 5, scarlatine à 8.

La tête est inclinée à gauche, dans l'attitude de rotation à droite.

Le sterno-mastoïdien fait saillie, tendant surtout la corde du chef sternal.

Le 20 septembre. — Ténotomie à ciel ouvert du chef sternal.

La hernie actuelle, apparue, on ne sait à quelle époque, a été traitée par un bandage, à l'âge de 7 ans 1/2.

Le 6 octobre. — Cure radicale.

Le 13. — Ablation des fils.

Sortie guérie le 28 octobre 1894.

20 mai 1895. — La malade n'a pu être revue ; mais la mère affirme que la guérison du torticolis et de la hernie se maintient. L'enfant sera vue au mois d'août.

OBSERVATION XXX

Hernie inguinale droite.

C. A..., 12 ans, entrée le 11 janvier 1895, hôpital Trousseau, salle Giraldès.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant.

Mère peu robuste. Du côté maternel, un cousin germain a une hernie inguinale.

Antécédents personnels. — Rougeole à 18 mois. Coqueluche intense à 3 ans et demi.

Début de la hernie à l'âge de 4 ans.

Depuis l'âge de 6 ans, bandage le jour seulement.

Le 13 janvier. — Cure radicale.

Le 21. — Ablation des fils. Réunion par première intention.

Sortie guérie le 27 janvier 1895.

Revue le 23 mai 1895 (4 mois après). Cicatrice linéaire, pas la moindre impulsion. Amélioration du caractère et de l'état général.

OBSERVATION XXXI

Hernie inguinale droite.

M. J..., 12 ans 1/2, entrée le 16 juin 1893, hôpital Trousseau, salle Giraldès.

Hérédité herniaire nulle.

Début, il y a 6 mois. Bandage depuis.

A l'examen, la région de l'aîne est absolument symétrique des deux côtés. Ce n'est que dans les efforts de toux, et particulièrement lorsque l'enfant est dans la situation accroupie, que l'on voit se dessiner au-dessus de l'arcade crurale, immédiatement en dehors du bord externe prolongé de la grande lèvre, une tumeur plus grosse qu'une cerise qui se réduit d'elle-même aussitôt après.

Cette tumeur, au dire de l'enfant, ne persisterait jamais. Le doigt appliqué sur le trajet inguinal empêche facilement sa formation. L'orifice inguinal externe paraît à peu près normal.

Le contenu de la hernie paraît ferme au doigt légèrement appliqué sur le trajet pendant les efforts de toux.

17 juin. — Cure radicale. A l'entrée du canal, et dans son intérieur, M. Broca, arrive sur une masse graisseuse à gros lobules, molle. Au dessus d'elle, sac séreux n'ayant pas plus de un à deux centimètres au-dessous de l'épigastrique.

Ablation du lipome, qui est sous la gaine dartoïque.

Ouverture du sac. En haut contre l'anneau interne, et dans le ventre, la trompe est appliquée contre la face postérieure avec adhérences.

Ligature du sac au-dessous de la trompe. Suture du trajet à la soie. Pansement au collodion.

24 juin. — Ablation des fils. Réunion complète.

Sort guérie le 3 juillet.

Revue le 23 octobre. — Résultat parfait.

11 mai 1894. — Résultat parfait.

Revue le 20 mai 1895. — Cicatrice peu apparente.

Pas d'impulsion à la toux (11 mois après l'opération).

OBSERVATION XXXII

Hernie inguinale droite.

A. L..., 13 ans 1/2, entrée le 9 décembre 1893, hôpital Trouseau, salle Giraldès.

Hérédité herniaire nulle.

L'enfant a toujours eu des bandages ; elle en a porté trois ; lorsqu'elle l'enlevait, il se formait, dit-elle, une grosseur du volume d'une noisette. Quand elle court, elle souffre.

Il y a huit ans, elle a eu un tœnia, dont elle aurait rendu 40 mètres. Elle a actuellement une tarsalgie droite à la deuxième période.

État actuel. — On ne voit rien, on sent l'anneau élargi.

La hernie sort quand l'enfant tousse.

31 décembre. — Cure radicale. Sac avec ligament rond vide.

Rien de spécial : il descendait dans la grande lèvre.

28 janvier. — Exéat guérie.

Revue le 16 mars 1894. Pas de récurrence.

Revue le 16 juin 1894. Pas de récurrence.

Mai 1895. — Actuellement la malade a quitté son domicile et n'a pu être revue.

OBSERVATION XXXIII

Hernie inguinale gauche.

M. A..., 13 ans 1/2, entrée le 19 mai 1894, hôpital Trousseau, salle Giraldès.

Pas d'hérédité herniaire.

Antécédents personnels. — Début ignoré, pas de maladie antérieure. La hernie a été aperçue, pour la première fois au mois de février dernier; elle était grosse, comme la moitié d'un œuf. Depuis cette époque elle a notablement diminué, sans bandage. La malade insiste sur ce fait, que le 8 avril dernier, c'est-à-dire, il y a six semaines, l'apparition de la menstruation aurait coïncidé avec une diminution de la tumeur herniaire. La malade n'a aucun trouble digestif, elle est pâle, sans amaigrissement cependant. Elle est au repos, conseillé par un médecin depuis trois mois; elle est même au lit depuis deux jours; aussi la tumeur est-elle à peine apparente; on ne voit qu'une pointe de hernie, lorsqu'elle tousse. Après la marche, elle a une petite tumeur arrondie, comme une noix, facilement réductible, et restant bien réduite, mollé, mais non pâteuse.

Le 21 mai 1894. — Cure radicale. Résection de 15 grammes d'épiploon.

Le 29 mai. — Ablation des fils.

Sortie le 10 juin guérie.

OBSERVATION XXXIV

Hernie inguinale droite.

C. E..., 14 ans, entrée le 9 mai 1894, hôpital Trousseau, salle Giraldès.

Pas d'hérédité herniaire.

La hernie est connue depuis 8 jours seulement, à la suite d'une légère douleur que la malade ressentit en ce point, à la pression.

Jamais de bandage.

Etat actuel. — Hernie inguinale droite, réductible en partie, de la grosseur d'une petite noix. Kyste.

11 mai. — Cure radicale. La hernie est une simple pointe située au-dessus d'un kyste volumineux, qui se prolonge dans le canal inguinal.

18 mai. — Ablation des fils. Réunion complète.

28 mai. — *Sortie guérie.*

Revue le 25 juin 1894. — Pas de récurrence.

Revue le 23 mai 1895 (1 an après). Cicatrice sans saillie, souple. Pas la moindre impulsion.

OBSERVATION XXXV

Hernie inguinale gauche.

R. L..., 14 ans 1/2, entrée le 21 janvier 1895, sortie le 14 février (hôpital Trousseau, salle Giraldès).

La grand'mère maternelle a deux hernies.

Quatre frères n'ont pas de hernie.

La hernie est connue depuis 8 mois. Depuis, bandage le jour.

Le 24 janvier 1895. — Cure radicale.

31 janvier. — On enlève les fils. Réunion parfaite.

14 février 1895. — *Sortie guérie.*

OBSERVATION XXXVI

Hernies inguinales chez la femme.

Hernie inguinale droite.

B. H., 19 ans, ouvrière en courbannes, entrée le 1^{er} juin 1892
hôpital Bichat. Salle Chassaignac, lit n° 3.

Pas d'hérédité herniaire.

Hernie inguinale droite, datant de 2 ans 1/2, survenue dans de
violents efforts pour élever du sol, à la hauteur de 1 m. 50, un
sac rempli de bûches. Issue brusque d'une tumeur, grosse comme
un œuf de pigeon, qui rentre facilement après un taxis pratiqué
sur le champ.

Deux mois après, elle sort de nouveau, et à partir de ce
moment elle sort et rentre facilement.

Pas de bandage.

Le 8 juin. — Cure radicale. Sac vide, allant près de la grande
lèvre, avec ligament rond facile d'ailleurs à en séparer. Suture
du trajet qui a été fendu. Pas de drainage.

Exéat le 29 juin. — Absolument cicatrisée. Pas d'impulsion.

OBSERVATION XXXVII

Hernie inguinale droite, kyste du canal de Nück (th. Cachau).

B..., 19 ans, couturière, entre le 21 janvier 1892, à l'hôpital
Bichat, salle Chassaignac, lit, n° 20.

Début il y a deux ans ; la malade constate alors que la lèvre
droite est un peu plus grosse, et il y a trois mois elle a pris subi-
tement les dimensions actuelles.

La hernie occasionne quelques douleurs, surtout par la station debout, et il y a trois mois elle a occasionné des accidents aigus avec vomissements, simulant l'étranglement. Ces accidents durèrent 2 jours, pour se calmer spontanément. Ils ont décidé la malade à se faire opérer.

Actuellement. Lèvre droite un peu plus saillante à son extrémité supérieure que la gauche. La tumeur est impulsive, étalée, un peu plus grosse qu'une noix. Elle est facilement réductible. Le canal inguinal est oblique et pas très élargi, mais il reçoit le doigt.

24 janvier. — Cure radicale par M. Broca. Incision oblique sur le trajet inguinal, assez en dehors pour l'éloigner du pli génito-crural. On tombe d'abord, sur un petit kyste séreux préherniaire, gros comme une noisette et contigu au sac. Dissection au doigt. Nœud de Tait. Le ligament rond n'a pas été vu. Suture sans drainage.

Pansement iodoformé. Le soir la malade va bien.

25 janvier. — Indolence. Nullement incommodée par son opération.

8^e jour. — Premier pansement. Réunion immédiate totale.

15^e jour. — Pansement iodoformé.

15 février. — Exéat. Pas d'impulsion à la toux.

Revue le 4 avril 1892. Va bien, pas d'impulsion à la toux.

OBSERVATION XXXVIII

Hernie inguinale bilatérale.

S. C..., 30 ans, concierge, entrée en juin 1890, hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents héréditaires nuls. — Au point de vue, hernie.

Antécédents personnels. — Deux accouchements à terme, pas

de fausse couche. Il y a trois ans, le médecin fait remarquer à la malade qu'elle a une hernie du côté gauche. Le lendemain elle en constate une à droite. Elle porte un bandage.

Il y a 1 mois 1/2, elle se trouve mal, vomissements, diarrhée, sueurs. Deux crises semblables.

12 juin. — Cure radicale. Les deux côtés en une séance.

Des deux côtés, on traverse (peau, tissu sous-cutané, une enveloppe fibreuse et le sac séreux. Dissection du sac, haut à droite, peut-être pas aussi haut à gauche.

A gauche épiploon lié et réséqué. De chaque côté un fil sur les piliers. Drainage.

Le côté gauche opéré le premier n'a pas été suturé immédiatement, mais à la fin de la deuxième opération. De plus, de ce côté, début d'aide par C..., jugé insuffisamment propre ; alors, aide R... avec lequel on achève du premier côté et du deuxième côté.

13 juin. — T. matin 37°,6 ; soir, 38°,4. Pansé le 14 au matin. Rien à partir de ce jour. Apyrexie.

Pansé au huitième jour. Réunion par première intention ; très bien à droite. A gauche suppuration du crin supérieur.

Exéat guérie le 3 juillet.

OBSERVATION XXXIX

Hernie inguinale droite étranglée.

D. F..., 44 ans, repasseuse, entrée à l'hôpital Beaujon, salle Huguier, lit n° 4, le 28 août 1894.

Antécédents héréditaires. — Pas d'hérédité herniaire. Père mort, affection de la jambe ? Mère morte d'apoplexie.

Antécédents personnels. — Pas de maladies importantes. Régulée à 13 ans 1/2, toujours bien. Première grossesse à 19 ans

et deuxième à 28 ans, l'une et l'autre sans incidents. Il y a 18 mois elle s'aperçut de la présence d'une petite tumeur dans l'aîne du côté droit. Elle serait survenue à la suite d'efforts répétés, de travaux pénibles.

Dès le début, elle donna lieu à de petits accidents, coliques, douleurs au niveau de la hernie; le repos faisait disparaître tous ces phénomènes. Il y a un an, souffrant de sa hernie, surtout après le travail, elle mit un bandage, qui détermina une amélioration sensible. Les douleurs devinrent plus rares, mais reparaissaient dès que la malade cessait de le porter.

Vers la fin de décembre, elle présenta des phénomènes d'étranglement. Au début, douleurs très vives au niveau de la hernie, vomissements verts : impossible de rendre des matières et des gaz. Cet état persista 2 jours. A la suite de lavements et de taxis, la hernie fut réduite et les accidents disparurent. Depuis la hernie fut toujours un peu douloureuse.

Enfin le 24 août, nouveaux phénomènes d'étranglement, vomissements, constipation absolue, vives douleurs dans le ventre.

Même situation pendant 4 jours.

Le 28 août la malade est amenée à l'hôpital Beaujon, on constate une tumeur occupant la région inguinale et la grande lèvre droite, dure, non réductible, douloureuse au palper : absence de selles et de gaz, pas de vomissements ; ventre médiocrement ballonné, douleurs péri-ombilicales, céphalée. T. 35°,6. Accentuation des phénomènes dans la soirée, vomissements.

A 9 heures du soir, opération. Incision de la région inguinale. Le sac ouvert laisse échapper un liquide brunâtre, fétide ; l'intestin apparaît noir, épaissi, fortement congestionné sur une étendue de 8 à 10 centimètres. Incision de la paroi du canal ; l'intestin et l'épiploon sont libérés. Celui-ci est réséqué sur une assez longue étendue : celui-là est rentré dans l'abdomen. Dissection du

sac, résection et ligature. Reconstitution de la paroi et fermeture de l'orifice externe par deux points de suture profonds, au catgut. Suture des plans superficiels, drainage, pansement iodoformé.

29 août. — T. matin 37°,5 ; soir 38°. Etat général bon, ni vomissements, ni douleurs.

30. — T. 37°,3, pas de douleurs ; un lavement amène des matières assez abondantes.

1^{er} septembre. — On enlève le drain ; la plaie a bon aspect.

7. — Bon état général. Ablation des fils. Réunion parfaite.

15 septembre. — La malade quitte l'hôpital. Etat général et local excellents.

24 septembre. — La malade revient se faire examiner : elle va très bien. La région inguinale est très résistante ; pas de douleurs ; fonctions digestives normales.

OBSERVATION XL

Hernie inguinale droite.

C. C..., 50 ans, ménagère, entrée le 3 novembre 1891, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, lit n. 24.

Rien d'intéressant dans ses antécédents.

Réglée à 13 ans 1/2. Bien réglée. Fièvre typhoïde à 14 ans. Jamais malade depuis. Premier enfant à 18 ans. Trois autres fois enceinte, les quatre bien portants.

Il y a 4 ans, elle remarque une tumeur à l'aîne droite, survenue en remuant avec le pied un paquet de linge ; elle sentit un petit craquement et constata une petite tumeur qui depuis s'est accrue peu à peu ; elle rentrait bien au lit. Depuis un mois, douleurs.

Actuellement. — Quand la malade a marché, tumeur allongée

à grand axe dirigé en avant et en dedans, parallèle au canal inguinal.

En haut, elle remonte à l'arcade de Fallope ; en bas, elle descend jusqu'à la partie inférieure de la grande lèvre, sonore, réductible avec gargouillement.

Canal inguinal très large. Après réduction, grande lèvre très grosse ; distendue, elle passe entre les jambes. L'examen, avec soin, du canal, démontre une dilatation interstitielle derrière l'anneau externe bien senti avec le doigt en crochet.

Cœur. — Prolongement du premier bruit. Rien au poumon, à l'appareil digestif, aux urines.

12 novembre 1891. — Cure radicale (aide Guillemin). Incision sur le trajet inguinal ne descendant pas à la grande lèvre. Fente de l'aponévrose du grand oblique. Rien n'adhère, il y a de l'épiplon qui est réséqué. Dissection du sac avec l'ongle, très facile et très rapide. Nœud de Tait. Suture en capiton du canal inguinal qui, cette fois, n'offre plus aucun point dépressible.

Drainage. Sutures au crin de Florence.

En disséquant, on n'a pas vu le ligament rond et on a enlevé tout.

La malade a eu de la fièvre et a suppuré ; accidents réellement sérieux. Phlegmon autour de la plaie, le pus stagnait dans la grande lèvre. Essai infructueux de désinfection en versant du naphтол camphré, et au bout de quelques jours contre-ouverture déclive, après quoi tout a cessé.

Exéat le 14 décembre guérie.

Mai 1895. — La malade n'a pu être revue.

OBSERVATION XLI

Hernie inguinale droite.

H. A..., 51 ans, entrée le 29 janvier 1892, hôpital Bichat, salle Chassaignac, avec une hernie inguinale droite irréductible.

Epiplocèle peu enflammée. Ne descend pas de la grande lèvre.

Cure radicale le 5 février. On n'a pas vu le ligament rond. Epiploon adhérent au collet. Poche devant l'aponévrose du grand oblique. Sutures sans drainage.

Réunion parfaite par première intention.

Exéat le 28 février, entièrement guérie. Pas d'impulsion.

Mai 1895. — La malade n'a pu être revue.

CONCLUSIONS

La cure radicale de la hernie inguinale chez la femme, particulièrement chez la petite fille, est une opération ordinairement simple, bénigne, et donnant dans le plus grand nombre des cas des résultats définitifs.

Le bandage peut opérer des guérisons dans les premières années de la vie ; il sera en tous cas, sauf complications, exclusivement employé, pendant la première année, jusqu'à l'âge de même 15 à 18 mois.

A partir de cette époque seulement, c'est-à-dire lorsque l'enfant est bien sevré et peut être séparé de sa mère sans préjudice pour sa santé, on pourra proposer ou accepter en toute conscience, la cure radicale.

Les faits accumulés dans ces dernières années, la statistique que nous publions, démontrent d'une façon péremptoire, que l'opération est très bien supportée à cet âge de la vie et donne des résultats meilleurs que dans l'âge adulte.

Chez la petite fille surtout, l'opération est particulièrement indiquée, à cause de sa grande simplicité. Le sac ordinairement vide est ouvert et enlevé en bloc avec le ligament rond, sans danger de blesser un organe important. Quelques minutes suffisent pour obtenir presque toujours une vraie cure radicale de la hernie inguinale.

BIBLIOGRAPHIE

- BERGER. — Société de chirurgie, 1887. Bull. et Mém. Soc. Ch.
1891 et 1892.
- Traité de chirurgie, 1892, tome VI.
- BEURNIER. — Recherches sur les moyens de fixité de l'utérus
(Th. Paris, 1886).
- BLAISE. — Canal inguinal chez l'adulte et cure radicale (th.
Paris, 1894).
- BOUDAILLE. — Etude de la hernie inguinale de la femme et
des hernies de l'ovaire (Th. Paris, 1891).
- BROCA. (A.) — Article inguinal, Dictionn. encyclopédique.
- Bullet. société anat. 1888-1891-1892-1893.
- Gazette hebdomadaire, 1889-1892.
- Revue mensuelle des mal. de l'enfance, 1892.
- CACHAU. — Kyste du cordon et du canal de Nüch (Th. Paris, 1893).
- CLOQUET. (J.) — Recherches anatomiques sur les hernies de
l'abdomen (Th. Paris, 1817).
- DELANGLADE. — Kystes du cordon et du canal de Nüch (Bull.
soc. an. 1894).
- DENEUX. — Mémoire sur les hernies de l'ovaire (Paris, 1813).
- DUPLAY. — Des collections séreuses et hydatiques de l'aîne
(Th. Paris, 1865).
- DURET. — Des variétés rares de la hernie inguinale (Th. agr.
Paris, 1883).
- FÉLIZET. — Les hernies inguinales de l'enfance (Paris, 1894).

FÉRÉ. — Étude sur les orifices herniaires, les hernies abdominales chez les nouveau-nés et les enfants à la mamelle. Rev. M. Med, 1879.

GUYON. — Art. aine, Dictionn. encyclop., 1865.

LAFOURCADE. — De la cure radicale des hernies, 1895.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Bull. et mem. soc. chir., 1891.

Mercur. méd. 1891, cure radicale des hernies (Paris, 1892).

PARKER. — British. med. journ., 1891.

PHOCAS. — Cure rad. des hernies ing. des petits-enfants (mercur. med. Paris, 1892.

PUECH. — Annales de gynécologie, 1878-1879.

RABERÉ. — Essai sur la pathogénie des kystes séreux, dits hydrocèles chez la femme. (Th. Paris, 1883).

RAMONÈDE. — Le canal péritonéo-vaginal, et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte (Th. Paris, 1883).

ROUX DE LAUSANNE. — Congrès franç. de chirurg., 1891 (Obs.)

SAPPEY. — Anatomie.

SCHWARTZ. — Congrès. franç. de chirurg., 1892 (Obs.)

SEGOND. — Cure radicale des hernies (Th. d'agr. Paris, 1883).

TILLAUX. — Anat. topographique.

TESTUT. — Anatomie descriptive.

Vu : le Président de la thèse,

GUYON

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE PREMIER. — Anatomie.....	7
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique.....	15
CHAPITRE III. — Indications et contre-indications.....	25
CHAPITRE IV. — Opération et résultats.....	37
OBSERVATIONS.....	48
CONCLUSIONS.....	80
BIBLIOGRAPHIE.....	81

